Die Münchener Medicin. Wochenschrift erscheint wöchentlich in Nummern von mindestens 2 Bogen. Preis vierteljährig 5 ℳ, praenumerando zahlbar. Einzelne Nummer 60 ₰

MÜNCHENER MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Zusendungen sind zu adressiren: Für die Redaction Karlstrasse 46. — Für Abonnement an J. F. Lehmann, Landwehrstr. 12. — Für Inserate und Beilagen an Rudolf Mosse, Promenadeplatz 16.

(FRÜHER ÄRZTLICHES INTELLIGENZ-BLATT)

ORGAN FÜR AMTLICHE UND PRAKTISCHE ÄRZTE.

Herausgegeben von

O. Bollinger, München. C. Gerhardt, Berlin. W. v. Heineke, Erlangen. G. Merkel, Nürnberg. J. Michel, Würzburg. H. v. Ranke, München. M. v. Schleiss, München. F. v. Winckel, München. H. v. Ziemssen, München.

№ 3. 17. Januar 1893. Redacteur: Dr. B. Spatz, Karlstrasse 46. Verlag: J. F. Lehmann, Landwehrstr. 12. 40. Jahrgang.

Originalien.

Aus Juliusspital und Charité.

Von *C. Gerhardt.*

Vom Boden, auf dem sie gewachsen, tragen die beiden Heilanstalten, die hier verglichen werden sollen, auch heute noch das Gepräge und die Merkmale.

Die Behaglichkeit der kirchenreichen Kreisstadt, der Hauptstadt des weinbauenden Frankenlandes, mahnt noch oft an die alten Zeiten, von denen man sagte, unter dem Krummstabe sei gut leben. Das Juliushospital trägt unverkennbar noch den Stempel des kirchlichen Ursprungs und der Wohlthätigkeit an sich. Obwohl der grosse ererbte Besitz an Werth und Ertrag verloren, ist doch Dank der wohlwollenden Leitung und Unterstützung der Regierung durch Absonderung ansteckender Krankheiten, Verlegung und Verbesserung der Krankenräume, Bau von Hörsälen mehr für die Bedeutung der Anstalt und die Förderung wissenschaftlicher Zwecke geschehen als mancherwärts. Von den guten alten Eigenschaften ist das selbsterzogene, vortreffliche Wartpersonal geblieben, ferner die Reichlichkeit der Verpflegung, die Stille und Ruhe des Binnenhofes und der Krankenzimmer, die Reinlichkeit, die den besonderen Vorzug hat, schon mit dem Beginn des Tages als fertige, nicht erst als werdende zu erscheinen.

In der rasch wachsenden, reichen, arbeitsamen, hetzenden Millionenstadt hatte dereinst das grösste Krankenhaus der preussischen Monarchie unter Horn und Esse den Ruf der Musteranstalt sich erworben, von der aus die Grundsätze für Krankenhausbauten erflossen. Die Mitverwendung für die Ausbildung von Militärärzten hat der Anstalt ihr besonderes Gepräge verliehen, strenge Pünktlichkeit des Dienstes in allen seinen Zweigen. Nur dadurch ist einheitliche und wohlgeordnete Verwaltung eines so grossen 1700 Betten umfassenden, zugleich in der mannigfachsten Weise Unterrichtszwecken dienenden Krankenhauses möglich. Auch hier hat die fortschreitende Zeit mancherlei geändert und umgewandelt. Wenn die Verpflegung für den Tag und Kopf mit dem gleichen Aufwande, wie seitens des Juliushospitals geleistet werden konnte, so kann man der Findigkeit und Sparsamkeit der Verwaltung volle Anerkennung nicht versagen, zumal die Verpflegung mit der Zeit auch etwas reichlicher hat gestaltet werden müssen. Grosse Schwierigkeiten macht die Beschaffung des Wartpersonals. In einem Jahre können möglicherweise sämmtliche Wärter einer Abtheilung neu angestellt werden. Der Ersatz ist nicht immer der wünschenswertheste, besteht mitunter aus Leuten, die diesen Posten nur als Unterkommen auf kurze Zeit betrachten. Für die Frauenabtheilungen hat man durch Diakonissen, für einige Männerabtheilungen durch Brüder grössere Ständigkeit der Krankenpflege geschafft. Zwei Thatsachen mögen das Gesagte beleuchten.

Im Jahre 1873 starb über Nacht die Wärterin der stark belegten Choleraabtheilung des Juliushospitals. Am folgenden Morgen meldete sich eine der besten Wärterinnen freiwillig für diesen Posten. Bei keiner Krankheit hängt der Ausgang so sehr von der Rüstigkeit des Wartepersonals ab, wie beim Unterleibstyphus.

In Berlin hatte ich zeitweise die doppelte Typhussterblichkeit auf der Männerabtheilung wie auf der Frauenabtheilung, hier häufig wechselndes, dort geschultes ständiges Wartpersonal.

Manche Nachtheile der alten und sparsamen Charitéeinrichtungen werden nur durch die Genauigkeit und Straffheit des Dienstes unschädlich gemacht, so hölzerne Treppen und Gangböden mit Mattenbelag, spärliche Beleuchtung, mangelnde Nebenräume. Für den Arzt sind die einfachen und förderlichen Geschäftsformen besonders erleichternd, die auserlesenen Militärärzte als Assistenten sehr zuverlässige Stützen.

Aus der medicinischen Schule des Juliushospitals ging eine Reihe von innernen Klinikern hervor, die sämmtlich durch Arbeiten auf dem Gebiete der akustischen Diagnostik sich zuerst bekannt machten, in viel besuchten Auscultationscursen zu lehren begannen, so G. Rapp, Wintrich, Friedreich, Geigel, Biermer. Das Material der Anstalt begünstigte diesen Entwickelungsgang. Unterfranken, dessen ländliche, und Würzburg, dessen Stadtbevölkerung die Betten des Juliusspitals füllt, hat nach Klinger's Zahlen unter den Kreisen und Städten Bayerns am meisten Tuberculose und Pneumonie aufzuweisen. Beide sind, wie in jeder grossen Stadt auch in Berlin nicht selten, doch bilden sie nicht einen so überwiegenden Theil des Materials. Die Schwindsüchtigen geben sich in Würzburg als berechtigte Gäste häufig im Spital in Pflege und man muss leider sagen, sie kürzen damit ihr Leben, die Hälfte stirbt im Jahre des Eintrittes. In die Charité führt die Schwindsüchtigen zumeist Blutspeien, Pleuritis oder irgend ein anderer acuter Zwischenfall herein. Aber auch hier sind wie in allen grossen Hospitälern die Ergebnisse der Behandlung ungünstig genug.

Auch Carcinom lieferte einen nicht geringen Theil des Krankenzuganges im Juliushospital. Das alte Wort Schönlein's, dass die Häcker der weinbauenden Dörfer des Mainthales, die sogenannten Leyern (Nachwein) trinken, besonders oft von Magencarcinom befallen würden, trifft heute noch zu. Sonst sind Magenleiden bei der durchschnittlich guten Ernährung der Landbevölkerung Unterfrankens verhältnissmässig nicht sehr häufig, namentlich im Vergleiche mit Thüringen, aber auch im Vergleiche mit Berlin. Bleichsüchtige Köchinnen liefern am ersten noch Magengeschwüre.

Die Lebensweise ist in Franken durchschnittlich gut, selbst reichlich. Wenn auch der Frühschoppen und die Abendkneipe eine Anzahl von Schrumpfnieren, diesem umsichgreifenden unbesiegbaren Feinde, verursacht, wenn auch mehr Flüssigkeit getrunken wird als in der Grossstadt, (wir fanden durchschnittlich die Ausscheidungen wasserreicher hier als dort), so sind doch die eigentlichen Säuferkrankheiten bei weitem nicht so häufig als in der Grossstadt. Da kommen in der Charité Kellnerinnen zur Aufnahme die 15 Flaschen Wein oder 30 Glas Bier und wer weiss wieviel noch Grog und Cognac im Tage tranken.

Man schreibt in jede Krankengeschichte, wie viel Branntwein der Mann im Tage zu trinken pflegt, erst über 20 Pf. rechnen wir als viel. Da finden sich zahlreiche Fälle von Gicht, von Cirrhose, von Alkoholistenlähmung. Im Juliusspital kam Gicht kaum vor, in der Charité ist sie bei Arbeitern, bei Kellnerinnen, bei Dirnen nicht selten und wächst beim Einzelnen heran bis zu eigrossen Harnsäureknollen an den Gelenken. Unsere Arbeiter benützen reichlich Branntwein oder starkes Bier zur Stärkung, aber sie arbeiten auch schwer. Davon zeugen die vielen Gelenkrheumatismen, die bei einzelnen Berufszweigen, z. B. den Metalldrückern, besonders oft vorkommen und die meist angestrengten Gelenke, z. B. die Hüfte, vorzugsweise befallen. Auch die Zustände acut eintretender Herzschwäche, die der kleineren Stadt fast fremd sind, lassen sich vielfach von Ueberarbeitung ableiten. Nicht umsonst hat die traumatische Neurose gerade in Berlin ihren neuen Namen erhalten. Unter dem Genusse in Betäubungsmitteln spielt zwar Alkohol die erste, doch nicht die einzige Rolle. Chloral- und Sulfonalmissbrauch sind selten, Morphinismus aber zerstört die Gesundheit zahlreicher Menschen, vorzugsweise Aerzte, aber auch Krankenpfleger, und Anderer bis herunter zum Morphiumbettler. Der Charakter wird durch dieses Gift mehr wie durch irgend ein anderes verdorben, vor Allem leidet die Wahrheitsliebe. Eine Krankenpflegerin kam in die Anstalt, um sich des Morphins entwöhnen zu lassen, man fand in ihr Chignon ein Morphiumfläschchen mit Spritze sorgfältig eingeflochten. Wo der Arzt zu Entwöhnungszwecken der Morphinisten einen Theil des Giftes heimlich unterschlägt, wird er noch häufiger von jenem durch heimlichen Nebenbezug überlistet. Ein besonderer Missbrauch, der auch schon zu Vergiftungen führte, entwickelt sich jetzt namentlich bei Kellnerinnen und bei Dirnen, aber auch bei Herren der wohlhabenden Stände mit Antifebrin und Antipyrin, Mittel, die angeblich gegen Kopfweh und Katzenjammer genommen werden. Antifebrin färbt die Vergifteten erst blass, dann blau und dann roth.

Vergiftungen mannigfachster Art gehören zu den merkwürdigsten klinischen Ergebnissen der Grossstadt. Der Hunger und die Liebe sind die mächtigsten Triebfedern zu Selbstmordversuchen. Bei den Vergifteten, die in meine Charitéabtheilung kamen, war es freilich weit öfter die letztere, die zur Giftflasche geführt hatte. Die qualvoll und langsam wirkenden Vergiftungen mit Säuren und Phosphor sind leider bei diesen Lebensüberdrüssigen die vorwiegenden. In der letzten Zeit kamen auffallend oft Vergiftungen durch mehrere gleichzeitig geschluckte Gifte zur Beobachtung.

Eine andere Krankheitsform lässt sich dieser unmittelbar gegenüberstellen; das sind die schweren Formen von Blutarmuth bei Mädchen, die vom Frühstück bis zum Abend in Fabriken arbeiten, ohne oder fast ohne Nahrung dazwischen zu geniessen. Viele diese Opfer der Arbeit kommen so schwach in die Anstalt, dass sie beim Versuche, sich aufzurichten, ohnmächtig werden. Die Meisten erholen sich bei Ruhe und guter Ernährung zusehends, Einzelne vermögen nicht wieder Kräfte zu gewinnen und gehen elend zu Grunde. Während das Juliusspital weit reichlicher die mannigfachsten Formen der Hysterie beherbergte, waren bei der dortigen durchschnittlich gut lebenden Bevölkerung diese Anämien fast fehlend. Die Folgen der Unsitte des Schnürens: Missstaltung der Leber, Gallensteine, Magengeschwür fanden sich hier wie dort; nur eine nicht ganz seltene Wirkung des Schnürleibes war mir in Berlin neu, eine Schnürnarbe, oft dunkel gefärbt an der Haut.

Franken ist ebenso arm, wie Berlin reich an Zuckerruhr. Die Grossstadt ist an sich reicher daran, auch confessionelle Verhältnisse sind bei dieser Krankheit nicht ohne Einfluss.

Mit Kinderkrankheiten hatte ich in Berlin selbstverständlich weniger zu thun, wie in Würzburg. Unter so grossen Verhältnissen erlangen die Specialkliniken grössere und ausschliessendere Berechtigung. Doch möchte ich so viel erwähnen: Diphtheritis in Berlin ist eine weit bösartigere Seuche als in Würzburg. Hier 40, dort 4 Proc. Sterblichkeit. Spielen die Mischinfectionen die grössere Rolle? Rhachitis in Würzburg erschreckend häufig, kommt in Berlin viel seltener in ihren schweren Folgen zu Gesicht. Liebe zu Kindern und Reinlichkeit mögen manchen Fall englischer Krankheit verhüten. Schon bei Kindern sind Nervenleiden in Berlin häufiger, J. Heine's Kinderlähmung begegnet man auf jeder längeren Fahrt durch die Stadt.

Von einem hohen Herrn hörte ich dereinst das Wort, dass weit mehr Krankheiten aus Uebermaass der Genüsse des Lebens, als aus Mangel entstünden. Wieviel nicht allein geistige Getränke daran verschulden, sondern noch weit mehr andere Ausschweifungen, das lernt man in erschreckender Weise kennen in der Charité. Im Juliushospitale durfte der Kliniker in dunkeln Fällen am häufigsten die Lösung des Räthsels durch den Befund von Tuberkeln erwarten. In der Charité haben die dunkeln Krankheiten am häufigsten auch für ihre Entstehung einen dunkeln Hintergrund. Besonders Hirnkrankheiten sind weit häufiger, als man dereinst ahnte, luetischen Ursprungs. Aber auch bei Lungen- und Kehlkopfsleiden, bei Leberkrankheiten und Anämien, die nicht thatsächliche Kennzeichen eines bestimmten anderen Leidens liefern, muss man diese Vermuthung stets ernstlich in Erwägung ziehen. Ganz besonders die Lebersyphilis erweist sich ungemein formenreich und vielgestaltig; einmal verursacht sie tägliches, hektisches Fieber und Schwellung des Organes, einmal tiefe Gelbsucht und Abmagerung, anderemale jahrelange, mächtige Anschwellung, dann wieder Bauchwassersucht wie Säuferleber, und alle kommen durch Mercur zur Heilung. Der Gebrauch des Hundes als Zugthier, als Kinderspielzeug, als Begleiter des reichen Mannes erklärt leicht die Häufigkeit der Echinococcen bei allen Ständen. In Süddeutschland fehlen sie oder treten hie und da als multiloculäre auf, oder sie finden sich als frühzeitig abgestorben und verkalkt auf dem Obductionstische. Die Vorliebe für den Genuss rohen Fleisches (Schabefleisch, Gothaer Wurst etc.) bedingt die Häufigkeit der Bandwürmer, in den letzten Jahren fast ausschliesslich T. medio-canellata, deren auf meiner Charitéabtheilung, wenn man hier suchte, stets einer oder mehrere zu finden waren. Dagegen habe ich in Zeiten der Materialnoth oft vergebens nach Spulwürmern suchen lassen, die mir in Würzburg namentlich bei den Kranken vom Lande fast stets zur Verfügung standen. Auch das scheint nicht schwer erklärlich, wenn man den häufigen Genuss ungereinigter Früchte bei der Landbevölkerung in Anschlag bringt.

Schliesslich noch eine kurze Bemerkung über Zähne und Ohren. In der Klinik des Juliusspitals brachten mir die vielen Schwerhörigen manche Verlegenheit; das kommt in Berlin kaum vor, die Leute sind trotz alles Lärms, der in der Luft liegt, hellhöriger. Dagegen erschrecke ich manchmal, bei Studenten, bleichsüchtigen Mädchen, bei einer Masse von Menschen, die noch nicht einmal sehr alt sind, den Mund voll falscher Zähne zu finden. Ein geistreicher, bejahrter College meinte dereinst, er sei schon lange auf dem Normalzustande angekommen, nur noch künstlicher Zähne sich zu bedienen.

In Abyssinien, wo die Bandwürmer am häufigsten, wachsen die meisten Bandwurmmittel. Vielleicht ist es auch kein blosser Zufall, dass in Würzburg die Ohrenheilkunde, in Berlin die Zahnheilkunde zu besonderer Blüthe gedieh.

Aus dem pathologisch-anatomischen Institut zu Erlangen.

Zur Histologie der indurirenden fibrinösen Pneumonie.

Von Dr. *H. N. Kohn*, II. Assistenten des Instituts.

Im September v. Js. kam im hiesigen pathologisch-anatomischen Institut ein Fall von Pneumonie mit Ausgang in Induration zur Section, der ein weiteres Interesse beanspruchen dürfte, da er geeignet ist, einiges zur Lösung der noch immer strittigen Frage beizutragen, wie in solchen Fällen die Organisation des fibrinösen Exsudates zu Stande kommt.

Es handelt sich um eine jener durch den mikroskopischen Befund eigenthümlichen indurirenden fibrinösen Pneumonien, wie sie von Eppinger[1]), Thierfelder und Ackermann[2]),

[1]) Prager Vierteljahrschrift Bd. 125.
[2]) D. Archiv für klinische Medicin. X.

Marchand[3]), Josephson[4]), Friedrich[5]), Lindemann[6]) und in neuester Zeit A. Fränkel[7]) beschrieben, von Anderen kurz erwähnt wurden.

Unser Fall theilt mit mehreren seiner Vorgänger das Missgeschick, so spät erst in klinische Behandlung gekommen zu sein, dass über den Krankheitsverlauf fast nichts festgestellt werden konnte.

Die Krankengeschichte ist daher auch sehr kurz:

Georg Nein, 45 Jahre alt, Maurer, wurde am 1. Septbr. 1892 Nachts in schwerkrankem Zustande in die hiesige interne Klinik gebracht. Die Untersuchung legte die Diagnose croupöse Pneumonie oder Tuberculose und Pleuritis nahe, führte jedoch zu keinem sicheren Resultate.

Im Laufe der Nacht erfolgte der Tod.

Da der makroskopische und mikroskopische Befund im Wesentlichen mit den Schilderungen der obengenannten Autoren übereinstimmt, so sei er nur in Kürze angegeben.

Leichendiagnose: Anthrakosis der Bronchialdrüsen.

Erweichung einer anthrakotischen Drüse und Durchbruch des Erweichungsherdes nach einem Traktionsdivertikel des Oesophagus einerseits, dem rechten unteren Bronchus andererseits.

Diffuse fibrinöse Aspirationspneumonie der rechten Lunge mit Verdichtung des Lungengewebes und zahlreichen circumscripten Gangränherden.

Aus allen drei Lappen wurden Stücke zur mikroskopischen Untersuchung in Alkohol gelegt, später in Paraffin eingebettet und mit Alauncarmin gefärbt.

Mikroskopischer Befund: Beim ersten Blicke in das Mikroskop war förmlich in die Augen springend eine Ausfüllung zahlreicher Alveolen mit polypenähnlichen Massen, die stellenweise der Alveolenwand an feinen Stielchen aufsitzend in das Lumen hinein hingen, stellenweise von einem Infundibulum aus in breiten Zügen in die zugehörigen Alveolen sich erstreckten und so, in diesem letzteren Falle, zur Bildung grösserer unregelmässig gestalteter Complexe führten.

Dazwischen bezw. daneben fanden sich, je nach dem Lungentheile, dem der Schnitt entstammte, mehr oder weniger reichliche Alveolen, die die gewöhnlichen Befunde croupöser Pneumonie darboten: Leukocyten, abgestossene Alveolarepithelien und ein zwischen diesen beiden hindurchziehendes Fibrinnetz.

Zwischen drin waren einige kleine Erweichungs- bezw. Gangränherde, welche das bekannte Bild darboten: Anhäufung von Leukocyten, die im Centrum des Herdes theils schon zerfallen, theils erst nekrotisch waren, Zerfall der Alveolarsepta und ausserdem in der Peripherie stellenweise Anhäufung von Spindelzellen, deren Bedeutung fraglich, insoferne sie entweder Zeichen beginnender Abkapselung oder der vordringenden Induration sein können.

Die Alveolarsepta sind nahezu nirgends verdickt, dagegen das interlobuläre und pleurale Bindegewebe in bedeutendem Grade.

Die erwähnten polypösen Massen bestehen aus dicht gehäuften Spindelzellen, welche untereinander zusammenhängen und ebenso an einzelnen Stellen, nämlich entsprechend jenen obenerwähnten Stielchen, mit der Alveolarwand in Verbindung treten. In manchen Alveolen ist die Verbindung zwischen Alveolarwand und -Inhalt eine innigere, indem die Bindegewebsmassen der Wand breit aufsitzen. In den polypösen Massen findet man stellenweise Fibrinklümpchen und stellenweise ziehen ganz deutlich zarte Gefässchen hindurch. Zwischen Alveolen, welche nur Spindelzellen, und solchen, die nur gewöhnliches fibrinöses Exsudat enthalten, finden sich alle Uebergänge. Als letzte Stadien des indurirenden Processes — dass ein solcher vorliegt, ist nach dem Gesagten wohl zweifellos — finden sich zunächst Alveolen, in denen der bindegewebartige Inhalt auf allen Seiten mit der Wand verschmolzen ist; weiterhin „Alveolen", in welchen Wand und Inhalt nicht mehr zu unterscheiden sind, sondern ein weites Netzwerk von Gefässen und Fasern darstellen; den Abschluss bildet ein dichtes fibrilläres Bindegewebe. Zu erwähnen sind noch die von den erwähnten Autoren geschilderten grossen, blasigen Zellen, welche sich theils im Alveolarinhalt finden und theils den Alveolarsepta anliegen; an besonderen Stellen, nämlich in den direct an der Pleura oder dem interlobulären Gewebe liegenden Alveolen, und zwar nur auf der Seite jener bindegewebigen Organtheile, bilden jene Zellen lange, meist einschichtige, stellenweise mehrschichtige Reihen. Und diese Stellen drängen besonders die Annahme auf, dass diese Zellen in lebhafter Regeneration befindliche Alveolarepithelien seien, welche in diesem Stadium die embryonale kubische Form angenommen haben.

Soweit sind die Befunde im Wesentlichen die gleichen, wie sie in den oben erwähnten Arbeiten mitgetheilt sind.

Eine Ergänzung der in den erwähnten Arbeiten niedergelegten Befunde bringen meine Untersuchungen zunächst in Bezug auf jene feinen Fädchen und Gefässchen, welche die Communication zwischen Alveoluswand und -Inhalt herstellen.

Betrachtet man nämlich jene Gebilde genauer, so findet man, dass sie nicht, wie die bisherigen Beobachter angeben, an die Alveolarwand heranziehen und dort endigen, d. h. in organische Verbindung mit der Wand treten, sondern dass sie die Alveolarwand schneidend in die nächste Alveole hineinziehen. Gewiss endigen manche dieser Fädchen und Gefässchen an der Alveolarwand, indem letztere in eine Septumcapillare münden, erstere wenigstens nicht weiter verfolgt werden können, — bei der Mehrzahl aber ist dies nicht der Fall, sondern es findet sich das erwähnte Bild des Hinüberziehens in die Nachbaralveole.

Es lag bei dünnen Schnitten für jene merkwürdige Erscheinung die Erklärung nahe, es zögen jene Gebilde über die Alveolarwand bezw. unter derselben hinweg, oder es beständen in den gerade tangential getroffenen Septa durch Vorwölbung einzelner Capillarbuckel kleine Erhebungen und Einsenkungen, durch welch letztere hindurch die erwähnten Gebilde von Alveole zu Alveole, natürlich nur eines und desselben Alveolengangssystems, ihren Weg nähmen.

Diese Erklärung hielt auch so lange vor, als ich nicht einerseits dieses Zusammenhängen der Bindegewebsmassen über Strecken verfolgen konnte, die für ein derartiges Alveolengangssystem zu gross waren, und ich nicht andererseits dicke Schnitte anfertigte, aus welchen denn ganz deutlich hervorging, dass die Alveolarsepta von jenen Verbindungsstücken (Stielchen und Gefässchen) durchbrochen wurden.

Hier konnte ich zunächst nur zwei Erklärungen finden, entweder ein schon vorher bestehendes substantielles Emphysem oder einen geschwulstartigen Durchbruch der neugebildeten Bindegewebsmassen durch die Alveolarwand in benachbarte Lufträume. Eine dritte Möglichkeit wäre das normale Vorkommen von Löchern in den Alveolarwandungen gewesen; doch fand ich solche in den zunächst nachgesehenen, jetzt gangbaren, Lehr- und Handbüchern der normalen und pathologischen Anatomie (Stöhr, Schaefer-Krause, Cornil und Ranvier, Rindfleisch, Ziegler, Birch-Hirschfeld) nicht angegeben und es scheint auch thatsächlich ein derartiges Vorkommen nicht bekannt zu sein.

Eine gewöhnliche fibrinöse Pneumonie brachte die Erklärung.

Bei Färbung des Fibrinnetzes nach Weigert fand ich nämlich, dass die Fibrinfäden nicht, wie man allgemein annimmt, an die Alveolarwand angeheftet sind, sondern ich sah sie deutlich **durch die Alveolarwand hindurchziehen** und so eine Verbindung herstellen zwischen den Fibrinnetzen grösserer Gebiete.

An absichtlich möglichst dick ($^1/_{20}$ mm) hergestellten Schnitten (Alkoholhärtung, Paraffineinbettung, Alauncarmin, Weigert'sche Fibrinfärbung) konnte ich einigemal die Durchgangspforte genau verfolgen. Bei wechselnder Tubuseinstellung (Oelimmersion) sieht man zuerst, d. h. zu oberst, die Alveolarwand in Gestalt einer Capillarschlinge und eventuell

[3]) Virchow's Archiv, Bd. 82, hier ausführliche Literaturang.
[4]) Inaugural-Dissertation. Marburg, 1884.
[5]) Citirt nach A. Fränkel s. u.
[6]) Inaugural-Dissertation. Strassburg, 1888.
[7]) D. medicinische Wochenschrift 1892, 43.

einiger elastischer Fasern, senkt man den Tubus, so kommt der Fibrinfaden in die Sehebene, während rechts und links von ihm Capillarschlingen sichtbar sind, und endlich bei noch weiterem Senken des Tubus verschwindet der Faden und es erscheint wieder die Alveolarwand, gebildet von Capillarschlingen und elastischen Fasern.

Die Literatur weiter durchsuchend, fand ich gerade in einigen älteren Werken hierher gehörige Angaben.

So citiren Kölliker[8]) und Frey[9]) Adriani[10]), welcher angiebt, dass bei Erwachsenen häufig Resorptionen der Alveolarwand stattfänden, wodurch Lücken in derselben und somit Communicationen zwischen den Alveolen eines „Läppchens" zu stande kämen.

Ich glaube, dass diese, von Kölliker und Frey bestätigten, Lücken Adriani's nur die ersten Anfänge eines im Greisenalter bei jedem Menschen deutlicher werdenden Emphysems bedeuten und dass diese als mit meinem Befunde nicht identisch zu betrachten seien.

Ferner fand ich bei Luschka[11]) folgende Stelle: „In der Nähe der in das Cavum infundibuli hereinragenden Ränder jener Scheidewände sind diese nicht selten durchbrochen. Ja man findet bisweilen an scheinbar ganz gesunden Lungen hier und dort durch rundliche Lücken vermittelte Communicationen der sich berührenden Lungenzellchen aneinander grenzender Infundibula, welches beim Menschen abnorme Vorkommen Bourgery[12]) ganz irrthümlich für die Regel erklärt und behauptet hat, dass die feinsten Bronchien in labyrinthförmig untereinander zusammenhängende Luftcanäle übergehen."

Auch diese Befunde, glaube ich, decken sich nicht mit den meinigen; ich sah wohl jene von Luschka angegebenen ovalen Löcher, doch zogen die Fibrinfädchen nicht durch sie hindurch; ausserdem sind diese „Löcher" nur in sehr geringer Zahl vorhanden, während die von mir gesehenen Communicationen ausserordentlich zahlreich sind. Die andern von Bourgery angeführten Löcher aber glaube ich für die von Adriani berichteten Resorptionsdefecte halten zu dürfen.

Die Poren, die ich beobachtete, sind lediglich Gewebsspalten oder Gewebsschlitze, welche zwischen Capillarschlingen und elastischen Fasern der Alveolarwand vorhanden sind. Dieselben bilden aber nicht blos zwischen den Alveolen eines und desselben Alveolengangs Verbindungen, sondern zwischen den Alveolen eines ganzen Lobulus; man ist wenigstens im Stande, die Verbindungsfädchen zwischen den Fibrinnetzen von 30 und mehr Alveolen zu verfolgen — eine Alveolenzahl, die, wenn einem einzigen Alveolengang angehörig, niemals in eine Schnittebene fallen könnte.

Es fragt sich nun, ob diese Poren auch in der normalen Lunge vorkommen? Ich habe schon eine Reihe von Untersuchungen darüber gemacht, muss aber mit einem Urtheile hierüber noch zurückhalten und erst noch weitere Untersuchungen anstellen. Theoretisch spricht ausser entwicklungsgeschichtlichen Bedenken die grosse Zahl der Poren dagegen. Ich sah in einer Alveole ($^1/_{20}$ mm Dicke) bei wechselnder Einstellung 13 solcher Poren; wenn man sich diese Zahl ins Körperliche übertragen und darnach eine Alveole construirt denkt, so würde letztere fast einem Siebe gleichen. Wenn diese Poren schon in der normalen Lunge vorhanden wären, so würden sie vermuthlich für die Propagation mancher Lungenkrankheiten nicht ohne Bedeutung sein.

Gesetzt, sie seien nicht präformirt, so kann man vielleicht annehmen, dass mit dem Einsetzen der Entzündung das Epithel desquamirt und mit seiner Abstossung die vor jenen Poren befindlichen, durch die Epithelien gebildeten Deckel abgehoben würden; gleichzeitig mag eine Auflockerung einer allenfalls in den Poren liegenden Kittmasse stattfinden und so der Durchgang frei werden. Das im Beginne der fibrinösen Pneumonie gesetzte flüssige Exsudat dringt nun leicht durch diese Poren hindurch und tritt dann die Gerinnung ein, so kennzeichnen Fibrinfäden die Canälchen, in denen vorher die Flüssigkeit gestanden.

An sämmtlichen hierauf untersuchten fibrinösen Pneumonien konnte ich diese Poren wiederfinden. Kehren wir jetzt zu der indurirenden Pneumonie zurück, so haben wir nunmehr eine befriedigende Erklärung für jenen auffallenden Befund, dass die Eingangs erwähnten Fädchen und Gefässchen von Alveole zu Alveole ziehen — eine Erklärung wenigstens, soweit es die Möglichkeit des Hindurchziehens betrifft.

Aber noch mehr gewinnt der Vorgang an Deutlichkeit, wenn man Schnitte aus jenen Partien nimmt, in denen die Induration augenscheinlich erst beginnt, in denen die Alveolen noch ein schönes Fibrinnetz mit eingeschlossenen Leukocyten und Alveolarepithelien enthalten, zwischen welchen einzelne Spindelzellen liegen oder die ersten Gefässsprossen sichtbar sind. Gerade nämlich, wie bei der fibrinösen Pneumonie der Fibrinfaden durch die Alveolarwand tritt, um sich dann in der Alveole büschelartig auszubreiten, so treten hier ein Paar Spindelzellen beziehungsweise ein Gefässchen hindurch und breiten sich dann in dem Lumen büschelartig aus: je älter der Process, desto grösser der Büschel und desto weniger Fibrin, Leukocyten und Epithelien, bis schliesslich der ganze Alveolus ausgefüllt ist von einem „gestielten Polypen", wie er Eingangs beschrieben ist.

So bildet das Fibrinnetz das Gerüst für den Bindegewebsbau oder die Brücke, auf der das wuchernde Gewebe vorschreitet.[13])

Wir sahen bisher, wie die Bindegewebselemente in einen Alveolus dadurch gelangten, dass sie aus dem benachbarten Alveolus auf dem Wege der Poren hindurchwuchern. Doch wie kamen sie hierhin? Die Alveolarwandungen sind, soweit der bindegewebige Theil in Betracht kommt, sicherlich nur wenig betheiligt, denn sie sind in meinem Falle und in einigen Fällen Anderer zum grössten Theile nicht verdickt und ihre Capillaren nicht erweitert, was man doch erwarten dürfte, wenn sie die Ernährung des ganzen jungen, üppig wuchernden Gewebes zu besorgen hätten; auch sind die Alveolarsepta nicht mit Bindegewebszellen angefüllt.

Darum liessen frühere Beobachter die Bindegewebszellen aus den Leukocyten[14]) entstehen oder liessen sie, wie Woronichin, aus den durch Contact mit einzelnen ausgewanderten Bindegewebszellen „bindegewebig angesteckten" Epithelien hervorgehen. Und merkwürdigerweise einige der neueren Beobachter nähern sich dieser Auffassung wieder, indem sie, wie früher Buhl, dem Lungenepithel endotheliale Eigenschaften zusprechen und dasselbe dem Peritoneum[15]) und Pleuraepithel gleichsetzen. Diese Autoren nehmen daher im concreten Falle an, dass jene Eingangs erwähnten jungen, cubischen Epithelien sich in Bindegewebszellen und natürlich dann auch Fasern umwandeln und es würde dann in der That eine „intraalveoläre Organisation"[16]) zu Stande kommen.

Mag sein, dass dem in manchen Fällen so ist. In meinem Falle habe ich diese Hypothese nicht nöthig.

Verfolgt man nämlich in meinen Präparaten das junge Bindegewebe von Alveole zu Alveole, so gelangt man schliesslich in vielen — keineswegs in allen — Fällen an das interlobuläre oder das pleurale Bindegewebe; man kommt auf diesem Wege von Alveolen, die die äussersten Ausläufer des sprossenden Gewebes (einzelne Spindelzellen inmitten des fibrinösen

[8]) A. Kölliker, Handbuch der Gewebelehre des Menschen. 5. Aufl. Leipzig, 1867.
[9]) Frey, Handbuch der Histologie u. Histochemie d. Menschen. 5. Aufl. Leipzig, 1876.
[10]) Adriani, De subtiliori pulmonum structura D. J. Traj. ad. Rhen. 1847.
[11]) Luschka, Die Anatomie des Menschen, I., 2. Tübingen, 1863.
[12]) Annales des sciences natur. 1830. Weder Bourgery's noch Adriani's Mittheilung konnte ich im Original nachsehen.
[13]) Etwas ähnliches beschreibt Ranvier bei der Verheilung von Peritonealwunden. Compt. rend. T. CXII. Nr. 16. ref. Virchow-Hirsch, Jahresbericht 1891.
[14]) Marchand, l. c. Coupland, Transact. of the path. society of London Vol. XXX. u. A.
[15]) Marchand, Tageblatt d. 60. Naturforscherversammlung 1887.
[16]) Josephson, l. c.: „Dass es sich hier nicht um Wucherung des interstitiellen Bindegewebes handelt, sondern um eine primäre „intraalveoläre Organisation", ebenso Lindemann, l. c.

Exsudates) enthalten, zu Alveolen, in denen dichte Zellpolypen sitzen und schliesslich zu dem dicht fibrillären Gewebe in den dem interlobulären oder pleuralen Gewebe zunächst gelegenen Alveolen; dazwischen sind alle Uebergänge sichtbar. Darum glaube ich, dass die Organisation des fibrinösen Exsudates sich in unserem und manchen anderen Fällen in folgender Weise vollzieht. Das durch irgend einen Reiz in Wucherung versetzte interlobuläre bzw. pleurale Bindegewebe sendet Sprossen in die anliegenden Alveolen und organisirt hier das fibrinöse Exsudat; von diesen Alveolen dringt aber sogleich das neue Bindegewebe auf dem Wege der Poren weiter in die nächste und übernächste Alveole und so fort, überall die Organisation bewerkstelligend. Dabei ist es nur natürlich, dass bald hier bald dort die üppig wuchernden Gefässsprossen sich in eine Septumcapillare einsenken oder dass — **vermuthlich nur, wo das Epithel fehlt** — die Alveolarcapillaren selbst zur Wucherung angeregt werden, und dass auf diese Weise die Verwachsung zwischen organisirtem Exsudat und Alveolarwand eingeleitet und schliesslich herbeigeführt wird. Die Hauptsache aber leistet das interlobuläre bzw. pleurale Bindegewebe. Manchmal dringt auch das interlobuläre Bindegewebe nicht in das Alveolarlumen, sondern in die Alveolarwand, verdickt diese mehr und mehr und führt so zur centripetalen Einengung der Alveole.

Man kann mir nicht entgegenhalten, dass ich nur eine Hypothese gegen die andere eintausche. Denn dass eine bindegewebige Umgebung durch ein anliegendes entzündliches Exsudat zur Wucherung und Organisation dieses letzteren angeregt wird, ist eine längst anerkannte Thatsache; und dass das hierdurch in den dem Bindegewebe zunächst gelegenen Alveolen entstandene neue Gewebe von hier aus in die nächsten und übernächsten Alveolen weiter wuchert, hat nach Auffindung der Poren keine Schwierigkeit mehr.[17])

Die Frage endlich, warum nicht bei allen, sondern nur bei manchen fibrinösen Pneumonien das Bindegewebe in dieser Weise zur Proliferation angeregt wird, nur streifend, so scheint mir Köster's[18]) Lösung sehr einleuchtend, wenn dieser Autor die Unmöglichkeit der Resorption des Exsudates durch die Lymphgefässe dafür verantwortlich macht, welche daher kommt, dass die Lymphapparate durch Erkrankungen der Pleura oder des interlobulären Bindegewebes oder endlich der regionären Lymphdrüsen verödet sind. Denn, wie sich in dem vorliegenden Falle die anthrakotische Induration beziehungsweise Erweichung der Lymphdrüsen vorfand, so finden sich in zahlreichen der hierher gehörigen Fälle Pleuraschwarten u. dergl. verzeichnet. Daneben mögen noch Fälle vorkommen, in welchen, wie A. Fränkel (l. c.) meint, eine besondere Infection den besonderen Ausgang der Pneumonie bedingt.

Aus dem städtischen Krankenhaus zu Altona a. d. Elbe.

Mittheilungen über die Altonaer Cholera-Epidemie von 1892 (August — November).[1])

Von Dr. *A. Herkt*, Assistenzarzt.

Wenn man die Aetiologie der in Altona vorgekommenen Cholerafälle, von denen wohl die bei weitem grösste Anzahl in den Baracken des städtischen Krankenhauses behandelt wurde, zu erforschen sich bemüht, so findet man bei der überwiegenden Mehrheit der Patienten, dass die Infectionsquelle in Hamburg zu suchen ist. Im Beginne der Epidemie war bei 75 Proc. der Fälle mit der allergrössten Wahrscheinlichkeit die Krankheit aus Hamburg eingeschleppt, meistens von Leuten, die in Hamburg ihrem Lebenserwerbe nachgingen, oft schon bei der Arbeit erkrankten und noch eben Kraft genug besassen, sich in ihre Altonaer Wohnung zu begeben. Von den übrigen 25 Proc. konnten wir die Infectionsquelle bei ca. 10 Proc. nicht sicher ermitteln, 15 Proc. aber erkrankten in Altona selbst, jedoch fast ausschliesslich im oder am Altonaer Hafen! Diese eigenthümliche Thatsache muss den Verdacht erwecken, dass der Ausgangspunkt der ganzen Hamburg-Altonaer Epidemie in der Elbe zu suchen ist, zumal auch bei den aus Hamburg eingeschleppten Fällen anfangs fast stets eine Infection durch das Elbwasser zu constatiren war, sei es, dass der Erkrankte den Genuss von Elb- oder Elbleitungswasser zugab, sei es dass ihn seine Beschäftigung im Hamburger Hafen in innige Berührung mit dem durchseuchten Flusswasser brachte. Es sei mir gestattet, aus den Anamnesen unserer Krankengeschichten aus den ersten Tagen der Epidemie einige Angaben bezüglich des Trinkens von ungekochtem Elbwasser mitzutheilen, die geeignet sein dürften, die Gefährlichkeit des Elb- bezw. unfiltrirten Elbleitungswassers auf das deutlichste zu illustriren:

1) Der Schifferknecht Pardemann, ein angeblich durchaus mässig und vorsichtig lebender Mensch, der sich bis zum 23. VIII. durchaus wohl befand, trank trotz des Verbotes seines Schiffsherrn an diesem Tage Abends eine Quantität frisch geschöpften Elbwassers, am 24. VIII. Morgens erkrankte er, wurde Nachmittags im III. Stadium der Cholera eingeliefert und war nach wenigen Stunden todt.

2) Der Schutenvermiether Schümann trank 2 Tage vor seiner Erkrankung reichlich Elbwasser; nach 2 Tagen Unwohlsein, Durchfall, Erbrechen und schliesslich das typische Bild der Cholera. Will sonst durchaus vernünftig gelebt haben.

3) Der Hafenarbeiter H. Möller hatte 4 Tage vor seiner Erkrankung das Unglück, in die Elbe zu fallen und unter einen Ponton zu gerathen, wobei er viel Elbwasser schluckte. In der Nacht vom 3. zum 4. Tage nach diesem Unfall, welchen er schon ohne Folgen für sein Wohlbefinden überstanden zu haben glaubte, erkrankte er mit Durchfall und ging an schwerster Cholerainfection zu Grunde.

4) Bei dem Kesselreiniger Hönck stellten sich nach dem Genuss eines Bechers Elbwasser schon an demselben Abend die ersten Symptome der Krankheit ein, die alsbald einen schweren Charakter annahm, aber mit Genesung endete.

5) Die Plätterin Wilhelmine Martens trank 2½ Tage vor ihrer Erkrankung, obwohl sie wusste, dass das Hamburger Leitungswasser gefährlich sei, da sie sehr durstig war, „nur dieses eine Mal" 3 Gläser davon. Sie bekam ebenfalls eine schwere Cholera.

Ich könnte noch eine grosse Reihe von Fällen anführen, in denen durchaus keine andern Infectionsmöglichkeiten nachzuweisen waren, wo aber die Patienten nach Genuss von Elbwasser cholerakrank geworden sind. Demnach dürfte das Elbwasser und infolge dessen das unfiltrirte Hamburger Leitungswasser der erste und vornehmste Nährboden für den Kommabacillus gewesen sein.

Als die Zahl der Erkrankungen auch bei uns in Altona eine grössere geworden war, mehrten sich die Fälle, in denen eine directe Einschleppung aus Hamburg nicht nachzuweisen war; es waren eben kleinere locale Herde entstanden, wie z. B. in der grossen und kleinen Schmiedestrasse, in der Friedrichsbaderstrasse, in der Lerchenstrasse, in der Strasse Bahrenfelder Steindamm u. s. w.; ja es kamen sogar vereinzelte Fälle vor, in denen weder ein Verkehr mit Cholerakranken, noch ein Diätfehler stattgefunden haben sollte, wo die Infection auf einem weniger offenkundigen Wege erfolgt sein musste. —

Von dem Verlaufe der Epidemie in Altona gibt die beiliegende graphische Darstellung ein Bild. In der Tabelle sind die Zahlen der als cholerakrank bezw. verdächtig insgesammt aufgenommenen Patienten, der wirklichen, typischen Cholera-erkrankungen und der Choleratodesfälle von Tag zu Tag durch drei verschiedenartige Curven verzeichnet. Es ist nöthig, an dieser Stelle mit besonderem Nachdruck auf das Prinzip hinzuweisen, das wir bei der Beurtheilung eines Falles, ob Cholera oder nicht, beobachteten: Da es für uns unmöglich war, auch nur jeden zweifelhaften Fall bakteriologisch zu untersuchen, so hielten wir es für klinisch richtiger und uns selbst gegenüber ehrlicher, nur diejenigen Fälle als echte Cholera asiatica zu

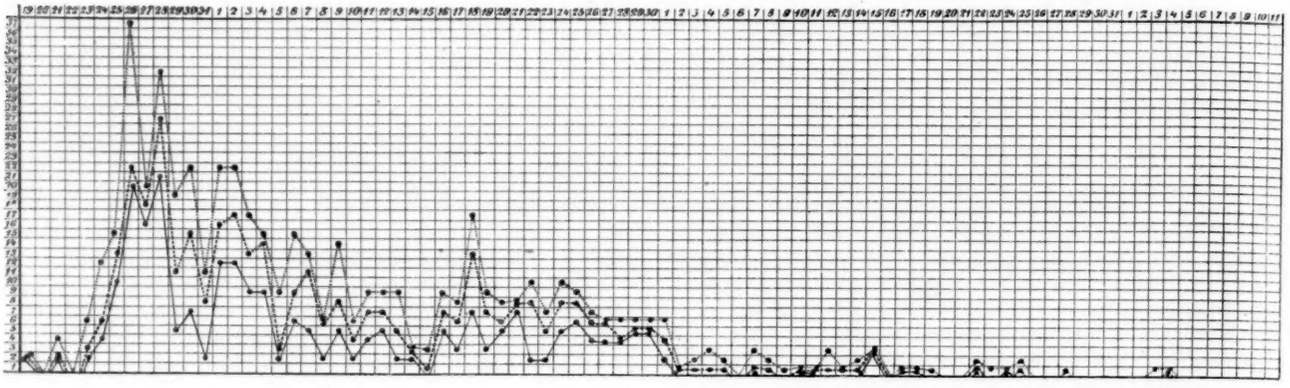
---

[17]) Eine experimentelle Arbeit von Cox (Ziegler's Beiträge V) spricht insoferne für meine Auffassung, als er bei Kaninchen bei künstlich erzeugter Aspirationspneumonie die Abkapselung des Exsudates von dem interlobulären und nicht dem interalveolären Bindegewebe ausgehen sah; bei Katzen war das Verhältniss allerdings umgekehrt.

[18]) Berliner klin. Wochenschrift 1883, S. 48, woselbst auch auf andere Autoren hingewiesen ist.

[1]) Vortrag, gehalten im Altonaer ärztl. Verein am 22. Nov. 1892.

zählen, bei denen das für die Cholera asiatica charakteristische Symptomenbild vorhanden war. Sicher sind von uns dabei eine Anzahl ganz leichter spezifischer Infectionen als nicht spezifische Gasteroenteritiden aufgefasst und zwar nicht zum Vortheil unserer Cholera-Heilungsstatistik, aber wir brauchen uns andererseits nicht vorzuwerfen, leichte fast ohne Behandlung zurückgehende Darmaffectionen als asiatische Cholera gezählt zu haben und so die Beurtheilung der Prognose dieser Krankheit mit Unrecht allzu günstig zu beeinflussen. Die Curven sprechen für sich selbst: sie zeigen das rapide Anwachsen der Krankenhaus-Aufnahmen vom 22. bis 28. August d. J., sowohl der typischen Cholerafälle, als auch der Choleraphobie, dann den Stillstand und das langsame Absinken, bis nach nochmaligem Anstieg Mitte September nunmehr ein dauernder Rückgang erfolgte.



Im ganzen wurden aufgenommen vom 19. August bis zum 4. November 521 Fälle, davon wurden

als typische Cholera 376 (und zwar zum kleineren Theile mittelschwere, grösstentheils sehr schwere Fälle)

als Nicht-Cholera 145 gezählt.

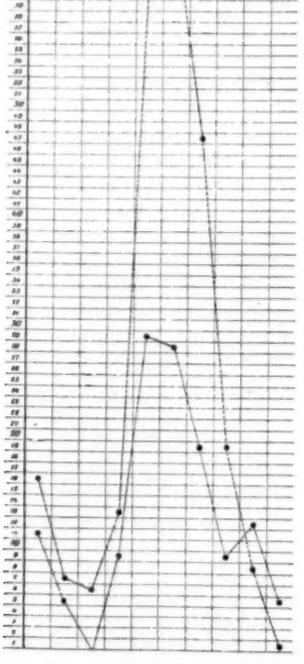
Von diesen 521 Patienten starben 248, d. h.

64,6 Proc. der Cholerafälle,

47,2 „ der Cholera und Darmkatarrhe leichterer Art, die nicht das typische Bild der Cholera asiatica boten und daher von uns nicht als Cholera gezählt wurden.

Abgesehen von diesen Gasteroenteritiden mussten als „choleraverdächtig“ aufgenommen werden:

35 reine Choleraphobiefälle, 20 Betrunkene und Alkoholisten, dann Hernia incarcerata, Obstipatio, Typhlitis, Typhus abd., Lues, Angina, Pertussis, Phthisis pulm. et intestini, Vitium cordis, Dementia senilis, Taenia sanginata, Pneumonie und Phosphor-Intoxication.



Der hohe Procentsatz der Cholera-Todesfälle gewinnt noch eine weit ernstere Bedeutung, wenn wir nach dem Alter der Erkrankten forschen. Ich habe auf einer zweiten Tabelle eine Curve eingetragen, die veranschaulicht, wie viele Erkrankungen auf die verschiedenen Altersclassen kommen und zwar nach der Eintheilung 1—5, 5—10, 10—15, 15—20, 20—30, 30—40, 40—50, 50—60, 60—70, 70 und mehr Lebensjahre. Diese Curve demonstrirt uns nur zu deutlich das hervorragende Befallensein des kräftigsten Mannesalters.

Von Erkrankungen fallen

	von 244 männl.	von 128 weibl.
1.—5.:	16	11
5.—10.:	7	5
10.—15.:	6	0
15.—20.:	13	10
20.—30.:	62	29
30.—40.:	65	28
40.—50.:	47	19
50.—60.:	19	9
60.—70.:	8	12
70. u. mehr:	1	5

(Bei 4 Patienten ist uns das Alter unbekannt geblieben.)

Die unten gezeichnete Curve der weiblichen Erkrankungsfälle verläuft nicht ganz parallel der der männlichen, doch ist es vielleicht nur auf Zufall zurückzuführen, dass uns etwas mehr weibliche Kranke im Alter von 60—70 Jahren und darüber eingeliefert wurden als männliche. Jedenfalls bestätigt die Curve für unsere Epidemie die Behauptung einiger Autoren nicht, dass das weibliche Geschlecht mehr zur Cholera-Erkrankung disponire, als das männliche. ich sage für unsere Epidemie, denn der in Hamburg arbeitende Mann war eben der Infection zunächst ausgesetzt und der ursprüngliche Herd der Seuche war, wie wir gesehen haben, der hauptsächlich von der männlichen Bevölkerung frequentirte Hafen. —

Diese letztere Behauptung bestätigt uns auch ein Blick auf die Berufsclassen, welche besonders von der Krankheit befallen waren. Es erschien mir nicht nur ungemein interessant, sondern auch wissenschaftlich von hoher Bedeutung, festzustellen, welchem Stande, Berufe oder Erwerbszweige die Erkrankten angehörten. Da zeigt es sich denn, dass es auch bei uns der Arbeiterstand ist, unter dem die Seuche die meisten Opfer sich suchte, oft wiederum noch die niedersten Elemente desselben: Arbeitslose, Bummler, notorische Trinker u. dergl. Individuen. Unter den Arbeitern fällt die grösste Zahl der Erkrankungen auf die Hafen- und Schiffsarbeiter (63), dann kommen die sogenannten Gelegenheitsarbeiter (59) und dann mit weit niedrigeren Zahlen andere Kategorien: z. B. waren 18 Cigarren- und Tabakarbeiter dabei, d. h. über 4 Proc., woraus hervorgeht, dass es mit der in Laienkreisen verbreiteten Ansicht von der bacillentötenden Wirkung der Tabakproducte eine zweifelhafte Sache ist. Auch die von einigen Autoren angeblich gemachte Beobachtung, Kohlenarbeiter seien der Infection wenig zugänglich, ist nach unserer Statistik nicht richtig, denn wir haben eine grosse Reihe von Kohlenarbeitern wegen schwerster Cholera behandelt, und viele mögen noch unter dem Titel „Hafenarbeiter“ mitzählen. Wäscherinnen, Plätterinnen und Reinmachefrauen sind mit einem grösseren Procentsatz betheiligt. Krankenpfleger und Pflegerinnen waren es 4, leider darunter eine unserer eigenen Schwestern, die wir trotz aller erdenklichen Bemühungen nicht retten konnten; Arbeiter von der Desinfection und Sanitätscolonne 3. Die eigentlichen Gewerbe sind meist in geringer Zahl vertreten, nur die Tischler in etwas höherem Procentsatz (9), vielleicht weil sie in dieser traurigen Zeit durch Lieferung der vielen Särge besonders Gelegenheit zur Infection hatten. Die eine, wie mir scheint, interessante Thatsache möchte ich schliesslich nicht unerwähnt lassen, die Thatsache nämlich, dass sich unter den 376 Fällen von Cholera nicht ein einziges Controllmädchen befindet! Es sind ungefähr 4 Individuen darunter, von denen anzunehmen ist, dass sie heimlich Prostitution trieben, aber

unter Controlle stehende Personen waren nicht dabei. Man hätte doch eher erwarten sollen, dass diese zum Theil in unseren schmutzigsten Strassen wohnenden, gerade mit Matrosen und derlei Leuten besonders in Berührung kommenden Individuen am leichtesten inficirt worden wären? Es will mir auch nicht recht wahrscheinlich erscheinen, dass dem Gros dieser Individuen ein solcher Reinlichkeitssinn inne wohnen sollte, dass sie aus diesem Grunde der Infection entgingen. Vielleicht hängt meine Beobachtung mit der des Herrn Dr. Mögel, dem als Assistenzarzt unserer Anstalt die sogenannte Cur unterstellt ist, zusammen, welcher nämlich während der Epidemie eine wesentliche Abnahme der Zahl der geschlechtskrank zur Aufnahme gelangenden Mädchen bemerkt hat. Ob man in Hamburg eine ähnliche Erfahrung bezüglich der Prostituirten gemacht hat, konnte ich leider nicht erfahren.

Nach diesen ätiologischen und statistischen Mittheilungen komme ich dazu, über das klinische Bild und die Behandlung unserer Cholerakranken an der Hand unserer Krankengeschichten zu berichten.

Das typische Krankheitsbild der schweren Cholerainfection prägt sich dem Gedächtniss, wenn man es einmal gesehen hat, für immer ein: Der Kranke, der vielleicht noch vor wenigen Stunden in voller Lebenskraft seiner Arbeit nachgegangen ist, liegt vollkommen macht- und hilflos da, die Augen sind tief eingesunken, die Lider halb geschlossen, die Bulbi nach oben gerollt; Nase und Backenknochen ragen spitz hervor, die Haut zeigt eine blasse, oft intensiv cyanotische Verfärbung, bald mehr diffus bläulich gefärbt, bald in blauen Flecken hervortretend, oft mehr in einen blaugrauen Ton übergehend. Sie fühlt sich bald absolut trocken an, bald ist sie mit klebrigen, nasskalten Schweissen bedeckt. Ihre Elasticität ist verschwunden, aufgehobene Falten bleiben stehen. Der Puls ist bei der Aufnahme zuweilen noch leidlich, ja kräftig zu nennen, aber den Erfahrenen täuscht diese, durch den Transport bedingte Excitation des Herzens nicht, denn schon wenige Minuten später ist der Kranke pulslos, in den meisten schweren Fällen fehlte auch schon bei der Ankunft der Puls gänzlich. Die Athmung ist beschleunigt und flach. Die Körpertemperatur ist auch per rectum gemessen sehr niedrig, häufig subnormal; die Extremitäten fühlen sich eiskalt an. Ein eigenthümlicher Geruch umgiebt oft den Kranken, der sich schwer beschreiben lässt, entschieden der Cholera asiatica eigen ist, (wesshalb wir ihn „Foetor cholericus“ nannten) und auch an Choleraculturen wahrgenommen wird. Mit belegter, heiserer, oft tonloser Stimme, der „Vox cholerica“ macht der Kranke einige Angaben. Kaum ist er in's Bett gebracht, oft schon vorher, beginnt von neuem Durchfall und Erbrechen, grosse Mengen des sogenannten Reisswasserstuhles werden per rectum und ebenso aussehende Flüssigkeitsmassen per os entleert und zwar in der stürmischsten Weise, „als wenn man die Wasserleitung aufdreht“, wie einer unserer Kranken sich ausdrückte. Dazu stellen sich schmerzhafte Krämpfe der Waden- und Fingermusculatur ein, die den Kranken laut stöhnen machen. Auch klagten sehr viele unserer Patienten über heftige Schmerzen unter dem Rippenbogen, die nach der Seite und nach oben hin ausstrahlen, zum grossen Theil wohl die Dyspnoe mitbewirkten und auf die energische Mitwirkung der Bauchpresse beim Brechact zurückzuführen sein dürften. Sehr charakteristisch ist der kolossale, durch nichts zu stillende Durst, gierig trinken die Kranken, was man ihnen darbietet, um es in der nächsten Minute wieder zu erbrechen. In Folge der grossen Wasserabgabe und der Herabsetzung des Blutdruckes stockt die Urinsecretion meist vollkommen oder nur wenige Tropfen Harnes gehen mit dem Stuhl unwillkürlich ab. — Bemerkenswerth und nach unseren Erfahrungen im Krankheitsbilde der typischen Cholera fast niemals fehlend, sind auch die Erscheinungen von Seiten des Seh- und Gehörapparates. Die Gefässe der Conj. sclerae erscheinen blutig injicirt, ja es kommt zuweilen zu Blutungen aus den subconjunctivalen Gefässen; die Conjunctiva selbst ist trocken, glanzlos und zeigt mitunter sehr beträchtliche Ulcerationen, die durch die Austrocknung des Gewebes und das Scheuern der Augen mit den mit Dejectionen und sonstigem Schmutz bedeckten Fingern entstehen. Denn oft klagen die Kranken über Brennen und Schmerzen der Augen. In ganz schweren Fällen sahen wir zuweilen schon vor dem Tode gangränöse, schwärzliche Verfärbung von Sklera und Cornea, die post mortem sehr schnell sich vergrösserte. Das Sehvermögen war nur in wenigen Fällen gestört: Mehrfach wurde über Dunkelheit vor den Augen geklagt, zweimal über Buntsehen und zweimal über Doppelsehen. — Nicht minder charakteristisch waren die Erscheinungen von Seiten des Gehörapparates, die in den Lehrbüchern kaum oder gar nicht erwähnt werden. Ein sehr grosser, wenn nicht der grösste Theil unserer Kranken klagte über intensives Ohrensausen, bald im rechten, bald im linken, bald in beiden Ohren zugleich, andere über vollständige Taubheit, „als ob ihnen ein Fell vor den Ohren wäre“, wieder andere über Dröhnen, Klopfen und wie die Ausdrücke lauteten, und einer gab an, es wäre ihm, als ob ihm ein ganzer Eisenbahnzug von einem Ohre zum andern durch seinen Kopf sause und bat, ihn um Gottes willen von diesem entsetzlichen Ohrensausen zu befreien. Ob wir es hier lediglich mit einer Folge der gestörten Circulation und der Bluteindickung zu thun haben, wie bei den Eintrocknungserscheinungen am Auge, oder ob es sich nicht vielmehr um eine Störung des nervösen Apparates in Folge der Intoxication durch das Choleragift handelt, wage ich nicht zu entscheiden.

Es sei mir gestattet zur Vervollständigung des geschilderten Symptomenbildes der Cholera noch einige Bemerkungen über die bei unseren Kranken beobachteten Körpertemperaturen mitzutheilen. Schon oben wurde erwähnt, dass die Temperatur bei schweren Fällen häufig sehr niedrig zu sein pflegte, ja oft subnormal war. Während der Hamburger Choleraepidemie des Jahres 1873 fand Erman (vergl. Berliner klin. Wochenschrift No. 34, Jahrg. 1873) „ein merkwürdig differentes Verhalten der Körpertemperatur in den einzelnen Fällen“, dass bald der Anfall fieberlos, bald mit hohem Fieber bis zu 42° aufzutreten pflegte, und zählte ungefähr gleichviel fieberfreie und fieberhafte Fälle; ferner fand er in den ersten Stunden der Erkrankung einen „exorbitanten Temperaturunterschied zwischen Rectum und Axilla (2—3°). Zwar sind die Temperaturen unserer Krankengeschichten in den ersten 8—14 Tagen, also auf der Höhe der Seuche, Axillartemperaturen und auch vielleicht nicht immer genau genug gemessen in der Sturm- und Drangperiode der Epidemie, doch wird man ungefähre Schlüsse daraus ziehen können. Darnach ist von den ersten 138 Fällen nur in 16 während des Anfalles eine Temperatur von über 37° gemessen, meist auch nur an einem Tage. 38° wurde nur in 4 Fällen gemessen. Sonst war die Temperatur stets unter 37°, sehr oft subnormal bis 32° und 31°. Auch als wir später per rectum gemessen haben, ist uns nur ausnahmsweise eine Fiebertemperatur während des Anfalles begegnet. Von 238 Fällen haben wir nur in ca. 15 Proc. eine Temperatur von über 38° beobachtet, in 5 Fällen über 39° und höchstens 39,6°, dauernd dazu überhaupt kaum, meist sofort abfallend und zuweilen wie in den meisten übrigen Fällen bald subnormal werdend. Von jenen 16 Fällen, in denen die Axillartemperatur über 37° war, sind 9 genesen, und von den 35 Kranken, in denen per rectum über 38° gemessen wurde, haben 21 die Krankheit überstanden. Während Erman für die Epidemie von 1873 die Mortalität der fieberhaften Fälle bedeutend höher berechnet als die der fieberlosen, ist demnach für unsere Epidemie die Sache gerade umgekehrt: Nicht die hohen, super-, sondern die niederen, subnormalen Temperaturen waren ein Signum mali ominis, was wir übrigens oft subjectiv am Krankenbette ausgesprochen haben. (Schluss folgt.)

Vergleichende Betrachtungen über die Tuberculosen-Todesfälle in den Irren- und Strafanstalten Bayerns.

Von Dr. *Otto Weis*, k. Bezirks- und Hausarzt im Zuchthause München.

Die Sterblichkeit, welche durch die Tuberculose in Bayern bedingt wird, habe ich im Nachstehenden zum Gegenstand einer statistischen Bearbeitung gemacht, und zwar vergleiche ich die

statistischen Zahlen der in Bayern an dieser Krankheit Gestorbenen mit den in sämmtlichen Irren- und Strafanstalten Bayerns zusammengestellten Sterblichkeitsziffern.

Ich habe dazu den üblichen Zeitraum von 10 Jahren genommen und zwar von 1880 mit 1889, weil das Jahr 1889 das letzte ist, über welches bis jetzt der Generalbericht über die Sanitäts-Verwaltung im Königreiche Bayern, hergestellt von Dr. von Kerschensteiner, kgl. Geheimer Rath etc., unter Mitwirkung von Herrn N. Zwiekh, Functionär im statistischen Bureau, Bericht erstattet hat.

Ich beginne mit einer tabellarischen Uebersicht. (s. Tab. I.)

Betrachten wir die Tabelle näher, so bemerken wir, dass die Bevölkerung Bayerns vom Jahre 1880—1889 (incl.) zugenommen hat und zwar um

124,652 Männer
132,014 Weiber
256,666

also jährlich etwa um 25,666 Personen.

Das weibliche Geschlecht überragt an Anzahl das männliche und zwar

1880	um 126,958	1885	um 141,715
1882	„ 129,295	1889	„ 134,320
1883	„ 130,824		

In ganz Bayern starben an Tuberculose mit Lungenblutschlag, Blutsturz etc. 163,926, somit jährlich 16,392 und zwar 303 auf 100,000 Einwohner durchschnittlich per Jahr. Trotzdem dass die weiblichen Einwohner den männlichen an Zahl vor sind, verlieren dieselben bedeutend weniger an Tuberculose als die Männer. Die Differenz zu Gunsten der Weiber beträgt jährlich meist 1000 Todesfälle.

Die Tuberculosen-Todesfälle der Städtebewohner überragen diejenigen der Landbewohner um etwa 100 auf 100,000 Einwohner.

In ganz Bayern starben an Tuberculose 1889:

1)	Im 1. Lebensjahre		männl. 344,	weibl. 280,	Summa 624
2)	„ 2.	„	„ 300	„ 332	„ 632
3)	Vom 3.—5.	Lebensjahre	„ 301	„ 313	„ 614
4)	„ 6.—10.	„	„ 218	„ 297	„ 515
5)	„ 11.—15.	„	„ 183	„ 348	„ 531
6)	„ 16.—20.	„	„ 458	„ 669	„ 1127
7)	„ 21.—30.	„	„ 1670	„ 1550	„ 3220
8)	„ 31.—40.	„	„ 1528	„ 1449	„ 2977
9)	„ 41.—50.	„	„ 1509	„ 1114	„ 2623
10)	„ 51.—60.	„	„ 1381	„ 921	„ 2302
11)	„ 61.—70.	„	„ 1036	„ 767	„ 1803
12)	„ 71.—80.	„	„ 289	„ 200	„ 489
13)	über 80.	Lebensjahr	„ 22	„ —	„ 22

Während in ganz Bayern und in Irrenanstalten mehr Männer als Weiber an Tuberculose starben, war es in den Strafanstalten umgekehrt, es starben mehr Weiber wie Männer.

In ganz Bayern starben etwa 1000 Weiber jährlich weniger, in den Irrenanstalten 2,0 Proc. Männer, 1,7 Proc. Weiber, jedoch in den Strafanstalten 1,1 Proc. Männer und 2,4 Proc. Weiber.

Vergleichung der Irrenanstalten mit den Strafanstalten Bayerns in Bezug auf Tuberkulosesterblichkeit.

In den Irrenanstalten starben in den 10 Jahren (1880 bis 1889 incl.) bei einer Durchschnittsbevölkerung von 3516,8 Kranken

1,96 Proc. d. Durchschnittsbevölk. (2,0 Proc. Männer, 1,7 Proc. Weiber)
69,3 per Jahr (38,6 Männer, 30,3 Weiber)

In den Strafanstalten starben in demselben Zeitraume bei einer Durchschnittsbevölkerung von 7688,6 Insassen

1,35 Proc. d. Durchschnittsbevölk. (1,1 Proc. Männer, 2,4 Proc. Weiber)
104 per Jahr (76 Männer, 28 Weiber)

Nimmt man die Durchschnittszahl der Gesammttodesfälle von Tuberculose in ganz Bayern in Vergleich, so starben davon 0,303.

Zwar kann man letztere nicht mit den Irren- und Strafanstalten vergleichen, da zu der ganzen Bevölkerung alle Lebende gezählt werden, während in Irren- und Strafhäuser doch fast nur Leute über 16 Jahre kommen, wodurch ein anderes Insassenverhältniss entsteht, welches insbesondere bei der Tuberculosenmortalität, die ja meist nur Leute über 16 Jahre dahinrafft, von Bedeutung ist.

Die Strafanstalten unterscheiden sich in Zuchthäuser, Gefängnisse und Arbeitshäuser; über die Procentverhältnisse der Tuberculosetodesfälle dieser verschiedenen Arten der Strafanstalten siehe Tabelle II. Die Zuchthäuser sind am stärksten vertreten, was sehr erklärlich ist, wenn man das Material kennt.

Die Zuchthaussträflinge sind meist schon oftmals bestrafte ganz verkommene Menschen, während in den Gefängnissen oder gar Arbeitshäusern noch die Anfänger sind.

Betrachtet man die Procentzahlen der Tuberculosentodesfälle in den Irrenanstalten genauer, so findet man, dass dieselben zwischen 1,1 und 2,5 der Todesfälle zu der Durchschnittsbevölkerung sich bewegen; am häufigsten kommt die Procentzahl 2 mit Bruchtheil (6 mal) und 1 mit Bruchtheil (4 mal) vor.

Zu den im Verhältniss günstigeren Jahren gehören 1880, 1882, 1883 und das Jahr 1889.

Bei den Strafanstalten kann man folgendes Verhältniss beobachten: die Mortalität an Tuberculose schwankt zwischen 1,1 und 1,6, ist meist 1,2 und 1,3 Proc.; die Zahl 2 kommt gar nicht vor; 1883 war sehr günstig, ebenso jetzt wieder 1889.

Bei den Irrenanstalten kann man seit 1886 mit Ausnahme des Jahres 1888, bei den Strafanstalten seit 1887 eine stetige Abnahme der Tuberculosetodesfälle beobachten.

Während früher in unserem Zuchthausspitale stets 40—45, ja 50 Mann bettlägerig waren, hatten wir im Sommer 1892 in den 5 grossen Krankensälen mit 53 Betten und 2 Separatzimmer mit je 1 Bett 2 bis 10 Mann liegen. Ein so niedriger Krankenstand war freilich noch nicht da.

Günstig war dieser Winter. Vom September 1891 bis April 1892 waren meist nur zwischen 10 und 20 (nur zweimal 25) bettlägerige Kranke in dem Spitale. Vorher und nachher war die Krankenzahl natürlich geringer.

Ich will die Krankheitstage des hiesigen Zuchthausspitales angeben:

1880	12073	1884	13329	1888	12456
1881	10553	1885	12335	1889	8240
1882	10363	1886	13008	1890	6548
1883	12108	1887	10824	1891	5612

Wenn auch die Insassenzahl in den letzten Jahren sich etwas verringert hat, so ist doch das Verhältniss dem nicht entsprechend, indem die 3 letzten Jahre rapid abfallen in Bezug auf Krankheitstagen.

Dass der Staat durch die Verringerung der Krankheits- und Erhöhung der Arbeitstage einen bedeutenden pecuniären Vortheil hat, ist erklärlich.

Die Ursache dieser Besserung ist in verschiedenen Verhältnissen zu suchen, doch nicht sicher anzugeben. Herr Obermedicinalrath Dr. Bollinger hat in seiner letzten Abhandlung in No. 33 dieser Wochenschrift von 1892 Einiges angedeutet, doch will ich mich heute nicht specieller darauf einlassen.

In diesem Jahre (1892) ist nur 1 Sträfling bis jetzt (November) an Tuberculose gestorben und zwar ein 35 Jahre alter Mann, der vor 1 Monat mit bereits stark ausgebildeter Tuberculose ins Zuchthaus kam und sogleich ins Spital aufgenommen werden musste, in dem er nach 4 Wochen schon starb; derselbe war ein vielgereister Mann und war vor seiner Ablieferung zu uns schon 83 mal bestraft, also ein ganz verkommener Mensch.

Das Alter der Sträflinge in den einzelnen Zuchthäusern ist sehr verschieden, so waren 1888 in den verschiedenen Zuchthäusern internirt: (s. Tabelle III.)

In den übrigen Jahren waren die Verhältnisse ähnlich.

Somit sind in München die meisten alten Leute: 102 über 50 Jahren, darunter sogar 33 über 60 Jahren, die einzige Doppelzahl in den Zuchthäusern; Kaisheim hatte sogar gar keinen Gefangenen, der über 60 Jahre war. Dass dadurch die Morbidität und Mortalität beeinflusst und verschlechtert wird, ist selbstverständlich.

Bei uns ist es Gebrauch, dass nach einigen Jahren über das Schicksal der Entlassenen Nachforschungen (über Wohlver-

Tabelle I.

Jahrgang	Bayern: Einwohner Bayerns	Bayern: Männer	Bayern: Weiber	Bayern: An Tuberculose Gestorbene: Gesammtsumme	Männer	Weiber	Stadt-bewohner auf 100,000 Einwohner	Land-bewohner auf 100,000 Einwohner	Gestorb. a. Lung.-Tubercul., Lung.-Blutung, Lung.-Lähm., Blutsturz	Auf 100,000 Einwohner	Irrenanstalten Bayerns: Durchschnittsbevölkerung	Männer	Weiber	Gestorben an Tuberculose: Gesammtsumme	Männer	Weiber	Procente: der Durchschnittsbevölkerung	Männer	Weiber	Strafanstalten Bayerns: Durchschnittsbevölkerung	Männer	Weiber	Gestorben an Tuberculose: Gesammtsumme	Männer	Weiber	Procente: der Durchschnittsbevölkerung	Männer	Weiber
1880	5,284,778	2,578,910	2,705,868	12802	6943	5859	333	240	15028	286	3087	1595	1492	38	18	20	1,1	1,2	1,3	7419	6276	1143	119	89	30	1,6	1,4	2,7
1881	„	„	„	12806	7106	5800	328	227	14859	280	3151	1618	1533	69	36	33	2,1	2,2	2,1	7778	6565	1213	121	80	41	1,55	1,2	3,4
1882	5,363,445	2,617,100	2,746,395	13896	7504	6392	330	241	15726	295	3242	1678	1566	59	36	23	1,5	2,1	1,4	7982	6768	1214	95	71	24	1,18	1,4	1,9
1883	5,415,972	2,642,589	2,773,413	14671	7892	6779	340	253	16475	308	3350	1734	1615	52	30	22	1,7	1,9	1,3	7783	6666	1217	106	80	26	1,35	1,2	2,1
1884	„	„	„	14645	7715	6930	345	238	16182	301	3487	1795	1692	88	54	34	2,5	3,0	2,1	7810	6586	1224	104	75	29	1,33	1,1	2,5
1885	5,420,199	2,639,242	2,780,957	15395	8235	7160	350	250	16994	314	3559	1828	1731	73	38	35	2,5	2,0	2,0	7773	6634	1139	107	75	32	1,37	1,0	2,9
1886	„	„	„	15331	8269	7062	364	262	16693	307	3695	1915	1780	78	39	39	2,1	2,0	2,1	7654	6546	1108	107	79	28	1,39	1,2	2,5
1887	„	„	„	14857	7852	7005	307	280	16088	294	3814	1989	1825	79	46	33	2,0	2,3	1,8	7556	6462	1094	97	70	27	1,28	1,0	2,4
1888	„	„	„	18402	9782	8620	439	305	18402	334	3835	2000	1835	93	49	44	2,4	2,4	2,3	7570	6484	1086	96	79	17	1,26	1,2	1,5
1889	5,541,444	2,703,562	2,837,882	17479	9230	8249	413	281	17479	315	3948	2074	1874	64	40	20	1,6	2,1	1,0	7561	6421	1140	90	64	26	1,19	0,9	2,2
10jährig. Durchschnitt									16392	303	3516,8	1822,6	1694	69,3	38,6	30,3	1,96	2,0	1,7	7688,6	6540,8	1157,8	104	76,2	28,5	1,35	1,1	2,4

Tabelle II.

Jahrgang	Zuchthäuser: Durchschnittsbevölkerung allgemein	männlich	weiblich	Gestorben an Tuberculose im Ganzen	nach Procent. der Durchschnittsbev.	Gefangenanstalten: Durchschnittsbevölkerung allgemein	männlich	weiblich	Gestorben an Tuberculose im Ganzen	nach Procent. der Durchschnittsbev.	Arbeitshäuser: Durchschnittsbevölkerung allgemein	männlich	weiblich	Gestorben an Tuberculose im Ganzen	nach Procent. der Durchschnittsbev.
1880	3743	3210	533	81	2,1	2766	2389	377	21	0,7	910	677	233	17	1,8
1881	3851	3283	568	71	1,8	2981	2559	422	31	1,0	946	723	223	19	2,0
1882	3944	3394	550	57	1,4	3128	2688	440	17	0,5	910	686	224	21	2,3
1883	4000	3454	546	64	1,6	3009	2597	412	28	0,9	874	615	259	14	1,6
1884	3953	3445	508	63	1,6	3026	2555	471	19	0,6	831	586	245	5	0,8
1885	3743	3266	477	69	1,8	3117	2699	418	26	0,8	913	669	244	12	1,3
1886	3644	3199	445	65	1,7	3055	2624	431	37	1,2	955	723	232	5	0,5
1887	3520	3081	439	64	1,8	3152	2720	432	24	0,7	884	661	223	9	1,0
1888	3472	3054	418	57	1,9	3190	2754	436	32	1,0	908	676	232	7	0,7
1889	3401	2986	415	44	1,2	3261	2788	473	41	1,2	899	647	252	5	0,6
10jähriger Durchschnitt	3727,1	3237,2	489,9	63,5	1,69	3068,5	2637,3	431,2	27,6	0,86	903	666-3	236,7	11,4	1,26

Tabelle III.

	unter 20Jahr	von 20—30 Jahr	von 30—40 Jahr	von 40—50 Jahr	von 50—60 Jahr	über 60Jahr
Männer						
Ebrach	18	233	125	67	35	7
Kaiserslautern	4	82	59	45	22	6
Kaisheim	36	274	176	92	36	—
Lichtenau	24	154	106	61	32	6
München	8	187	176	93	69	33
Plassenburg	96	404	11	3	6	4
Sct. Georgen	8	184	10	45	7	4
Weiber						
Wasserburg	7	58	17	24	9	3
Würzburg	4	128	53	42	19	6

halten, Rückfall etc.) bei den Bezirksämtern gemacht werden, wodurch ich auch den etwaigen Tod derselben erfahren kann.

Es lauteten die letzten Berichte: 1888 wurden 151 entlassen, davon sind 2 gestorben, keiner litt bei uns an Tuberculose, überhaupt waren beide bei ihrer Entlassung ganz gesund, die Todesursachen sind unbekannt.

1889 wurden 157 entlassen, davon sind 2 gestorben, 1 an Tuberculose, an der er schon im Zuchthause litt. 1 starb an Herzleiden, das er schon mit ins Zuchthaus gebracht hatte.

1890 wurden 153 entlassen. Davon ist 1 gestorben, der als kräftiger starker Mann entlassen wurde. Die Todesursache ist unbekannt.

Aehnlich wie die 3 letzten Jahrgänge verhielten sich die früheren auch. Von den 1888, 1889 und 1890 entlassenen 461 Sträflingen starben im Ganzen 5 und nur 1 an Tuberculose, so dass man annehmen muss, dass fast alle vollkommen gesund die Anstalt verlassen haben.

Man sieht, dass wir uns auch um entlassene Gefangene in moralischer und körperlicher Beziehung noch kümmern.

Ein durch Arsen geheilter Fall von sogenannter allgemeiner Hautsarkomatose auf leukämischer oder pseudoleukämischer Grundlage. Protozoënähnliche Gebilde (Russell'sche Körperchen) in den Hauttumoren.

Von Dr. *K. Touton* in Wiesbaden.

Nachtrag bei der Correctur.[1])

Seit der Uebergabe des Manuscriptes an die Redaction (29. XI. 92) bin ich durch fortgesetzte Untersuchungen, über die ich in Kurzem ausführlich zu berichten gedenke, der Erklärung des merkwürdigen Befundes näher gekommen. Ich fand, dass sich sämmtliche beschriebenen und gezeichneten Gebilde mit Säurefuchsin sowie mit Weigert's Fibrinmethode stark färben, dass sie ferner mit der durch Ernst zum Nachweis des „Hyalin" verwendeten van Gieson'schen Methode gelb werden („Hyalin" nimmt die purpurrothe Säure-Fuchsinfärbung aus dem Gemische mit Pikrinsäure an). Mit sämmtlichen im Haupttexte und vorstehend angegebenen Methoden vorgenommene Controlfärbungen der so überaus ähnlichen Coccidien der Kaninchenleber und des Kaninchendarmes im Zusammenhalt mit anderen Erwägungen ergaben, wie mir scheint, principiell so verschiedene Resultate besonders bezüglich des Kernes, dass ich unter voller Aufrechterhaltung und ganz besonderer Betonung der auch von einigen Zoologen zugestandenen Aehnlichkeit nun mit ziemlicher Sicherheit glaube sagen zu können, dass es sich nicht um Protozoën handelt.

Ich erinnerte mich nun, vor zwei Jahren gelegentlich eines Vortrages von Nöggerath ein in dessen Besitze befindliches, von Russell selbst geschenktes, Präparat der „fuchsine bodies" gesehen zu haben. Als ich mir vor etwa einer Woche dieses Präparat nochmals ansah, hielt ich auf den ersten Blick diese Dinge für identisch mit meinen Befunden, freilich fehlten die grossen scholligen, oft zu 2 und 3 aneinander gelagerten Gebilde vollständig. Zu demselben Resultate kam ich bei der Lectüre von Russell's Arbeit (An Address on a characteristic Organism of Cancer; Brit. med. Journ. 1890, pag. 1356), sowie der mir durch die Güte des Herrn Prof. Weigert zugänglich gemachten Arbeit von Klien (Ueber die Beziehung der Russell'schen Fuchsinkörperchen zu den Altmann'schen Zellgranulis; Ziegler's Beiträge 1892, pag. 125) und der soeben erschienenen Mittheilung von Hauser (Ein Beitrag zur Lehre von der pathologischen Fibringerinnung; Deutsch. Arch. f. klin. Med., Bd. L. p. 363). Die Russell'sche Färbung ergab positive Resultate. Auch Weigert, dem ich meine Präparate zeigte, sprach sich sofort für die Identität mit den Russell'schen Körperchen aus. Neisser, dem ich kürzlich Präparate geschickt hatte, erkennt ebenfalls die grosse Aehnlichkeit mit Sporozoën an und zieht die Russell'schen Körperchen als vielleicht identisch heran.

Wiesbaden, 9. I. 93.

[1]) Da in Folge verspäteter Zustellung der Correctur obiger, in No. 2 erschienenen Arbeit an den Herrn Verfasser, dieselbe zu spät hierher zurückgelangte, um in voriger Nummer noch berücksichtigt zu werden, kann der mit der Correctur uns zugegangene Nachtrag erst heute gebracht werden. Ferner bitten wir folgende Druckfehler zu verbessern. Ausser einigen, einer Berichtigung nicht bedürfenden Buchstabenfehlern, ist zu lesen: pag. 21 r. Zeile 17 v. u. „Hautknoten" statt Hautknochen; p. 22 l. Z. 23 v. o. „Cramer" statt Kremer; p. 23 l. Z. 26 v. o. „Luft- oder" statt Blut- oder; p. 23 r. Z. 20 v. o. „mich" statt auch; p. 23 r. Z. 34 v. o. und p. 25 r. Z. 46 v. o. „Gillot" statt Gillos; p. 24 l. Z. 11 v. u. „zellreich" statt zahlreich; p. 24 r. Z. 37 v. o. „½ procentigem, salzsauren Alkohol, Auswässerung" statt ½ procentiger salzsaurer Alkohol-Auswässerung; p. 25 r. Z. 53 v. o. „Bronn's" statt Brown's; p. 25 r. Z. 54 v. o. „Sarkodina" statt Sarkodrica. Red.

Referate u. Bücher-Anzeigen.

Denkschrift über die Choleraepidemie 1892.

Dem deutschen Reichstag wurde vom Reichskanzler unterm 5. December 1892 eine Denkschrift über die Choleraepidemie des Jahres 1892 vorgelegt, welche in 3 Theilen die Entwickelung der Epidemie, die Maassnahmen gegen die Cholera und den Einfluss der Cholera auf die Verkehrsbeziehungen zum Auslande behandelte. Der Denkschrift ist eine grosse Zahl von Anlagen, — Diagramme, Karten, Tabellen, Verordnungen — beigegeben.

Das Meiste des in der Denkschrift Enthaltenen ist bereits durch seinerzeitige Berichte in der Fachpresse bekannt geworden, dennoch erscheint eine kurze Besprechung des Inhaltes der Denkschrift am Platze, weil dadurch eine bessere Uebersicht über den Verlauf der Epidemie und die zur Bekämpfung derselben getroffenen Maassregeln erlangt werden kann.

Die Entwicklung der Epidemie schildert die Denkschrift folgendermaassen. Im April und Mai 1892 trat die Seuche in Afghanistan und Persien, woselbst sie seit einigen Jahren endemisch geworden zu sein scheint, sehr heftig auf, — in Kabul starben vom 19.—29. April 5575 Personen — gelangte Anfangs Juni, vielleicht durch den Handelsverkehr auf dem kaspischen Meer, nach Baku, von wo aus sie durch zahlreiche Flüchtlinge rasch über Russland verschleppt wurde. Ihre Hauptwege waren die transkaukasische Bahnlinie und die Schifffahrt auf dem schwarzen Meere; nacheinander wurden Tiflis, Batum, Asow, Rostow, Odessa ergriffen. Von Baku aus gelangte sie ferner nach Astrachan und Wolga-aufwärts nach Saratow, Samara u. s. w. Gleichzeitig erschien sie im Dongebiet und an der Bahnlinie Rostow-Woronesch-Koslow, am 28. Juli im Stromgebiet des Dnjepr.

In Nischni-Nowgorod tauchte die Cholera in der zweiten Hälfte des Juli auf; ob die trotz des Choleraausbruches abgehaltene berühmte Messe die Verbreitung gefördert hat, lässt sich nicht feststellen, die Epidemien in Petersburg und Moskau stehen mit der Messe in Nischni-Nowgorod nicht in Zusammenhang. Vom August ab rückte die Seuche weiter nach Westen vorwärts.

Wie im Osten hatte sich auch im Westen bereits im Frühjahr 1892 ein Choleraherd entwickelt. Die Epidemie in Frankreich, über deren Entstehung nichts zu ermitteln ist, begann Anfangs April im Zuchthause Nanterre mit 51 Erkrankungen und 49 Todesfällen, befiel dann die nordwestlichen Vorstädte und Anfang Juli Paris, woselbst vom 1.—3. September 82, vom 18. September bis 2. October 182 Todesfälle amtlich mitgetheilt wurden. In Paris verlief die Epidemie ziemlich mild, heftiger trat sie in Le Havre auf, wohin sie angeblich von der Pariser Vorstadt Courbevoie aus verschleppt wurde.

Ganz plötzlich erfolgte der Ausbruch in Hamburg-Altona. In Altona wurden am 19. August 2 choleraverdächtige Todesfälle (ein schwedischer Matrose und ein obdachloser Cigarrenarbeiter) beobachtet. Die Diagnose asiatische Cholera wurde am 21. sichergestellt und die Behörde davon benachrichtigt. Am 24. August meldete dem Gesundheitsamt das Medicinalbureau zu Hamburg das Auftreten der Cholera in Hamburg

am 22. August. Choleraähnliche Erkrankungen sind bereits seit Mitte August in Hamburg zahlreich vorgekommen, bis 20. Aug. 85 mit 36 Todesfällen. Man hielt sie für Cholera nostras-Fälle, bis die bakteriologische Untersuchung am 22. August ihre wahre Natur kund that.

Am 21. August betrug die Zahl der Erkrankungen 83 (22 Todesfälle), am 22. August 200 (70), am 23. August bereits 272 (111); das Maximum fiel auf den 30. August mit 1081 Erkrankungen (484 Todesfälle).

Mit der Zunahme der Zahl der Cholerafälle ging eine räumliche Ausbreitung der Epidemie in Hamburg einher. Auch sie erfolgte explosionsartig als Folge der eigenthümlichen Wasserversorgungsverhältnisse. Wegen besserer Wasserversorgungsverhältnisse wurde Altona viel weniger von der Cholera heimgesucht, ebenso blieben auch gewisse Gebiete von Hamburg, welche andere Wasserversorgungen hatten, z. B. die Kaserne des 85. Inf.-Reg., von der Cholera nahezu, ja gänzlich frei.

Altona (143,000 E.) hatte sein Maximum an Erkrankungen (35) am 28. August, bis 5. November verzeichnete es 572 Erkrankungen (328 Todesfälle).

Eine ebenfalls verhältnissmässig gelinde Epidemie hatte Wandsbeck. Von 20,000 Einwohnern erkrankten insgesammt 64 mit 43 Todesfällen. Auch Wandsbeck bezieht filtrirtes Wasser (aus 2 Landseen).

Ausserdem trat die Cholera in zusammen 269 Orten Deutschlands auf, grösstentheils infolge Verschleppung aus Hamburg, ohne aber irgendwo einen epidemischen Charakter zu erlangen. Die Verschleppung erfolgte durch den Landverkehr, mehr aber noch durch den Schifffahrtsverkehr auf den grösseren deutschen Strömen. Für Letzteres spricht die grosse Antheilnahme der Schifferbevölkerung an den Cholerafällen, sowie die Heimsuchung zahlreicher an diesen Strömen gelegener Ortschaften. Der Träger des Ansteckungsstoffes war das Wasser, zweimal wurde in demselben (im Duisburger Hafen und in Ludwigslust) der Kommabacillus thatsächlich nachgewiesen.

Auf die Verseuchung des Wassers der Elbe und ihrer Nebenflüsse durch den Schifffahrtsverkehr sind die Choleravorkommnisse an der Unterelbe und der Spree zurückzuführen (Wilhelmsburg, Harburg, Lauenburg, Berlin etc.).

Nach Bremen wurde die Cholera ebenfalls verschleppt, blieb aber auf 6 Fälle beschränkt, Dank der sofortigen Isolirung sämmtlicher erkrankten Personen.

Durch Infection des Oderwassers erschien Stettin ernstlich bedroht, doch gelang es auch hier den energischen Maassnahmen, eine Ausbreitung in Stettin und im Odergebiet zu verhüten.

Während des Herrschens der Cholera in Deutschland gewann die Seuche in Frankreich an Ausdehnung und bedrohte die deutsche Grenze im Westen. Auch Belgien und die Niederlande waren, ersteres wohl von Le Havre, letzteres von Altona aus, inficirt worden.

In Belgien erkrankten bezw. starben vom 25. Juli bis 13. October 1735 bezw. 564 Personen, davon entfallen auf die Stadt Antwerpen allein 252 (95), auf die Provinz Antwerpen 462 (248). In den Niederlanden verlief der Choleraausbruch ziemlich gelinde, obwohl er räumlich grosse Ausdehnung erreichte.

Von den Niederlanden aus wurde ebenfalls durch die Schifffahrt der Rhein verseucht und kamen auf Rheinschiffen, sowie in mehreren am Rhein gelegenen Ortschaften Cholerafälle vor. Auch hiebei erwiesen sich die Maassregeln wirksam.

Durch das Vorrücken der Cholera in Russland gegen dessen Westgrenze gelangte die Cholera schliesslich auch nach Polen, Galizien und Budapest, woselbst sich kleinere und grössere Epidemien entwickelten. Auch in Wien ereigneten sich einzelne Fälle. Durch das Auftreten der Cholera in Polen und Galizien ist das Weichselgebiet bedroht gewesen, doch kamen auch hier nur Einzelfälle, keine epidemischen Ausbrüche vor, weil es gelang, sämmtliche Erkrankungsfälle rasch zu ermitteln und die Weiterverschleppung der Seuche zu verhindern.

Diesem ersten Theil der Denkschrift ist beigegeben:

Anlage 1. Uebersicht über die täglichen Erkrankungen und Todesfälle an Cholera im deutschen Reich bis 19. November (Diagramm).

Anlage 2. Uebersicht über die Zahl der Orte im deutschen Reich, aus denen an den einzelnen Tagen Cholera-Erkrankungen und -Todesfälle gemeldet worden sind (Diagramm).

Anlage 3. Darstellung der Verbreitung der Cholera im deutschen Reich (Karte).

Anlage 4. Zahlenmässige Uebersicht über die Verbreitung der Cholera in den einzelnen Ortschaften.

Im zweiten Theil finden die gegen die Cholera seitens der Reichsregierung, der durch Art. 4 Ziff. 15 der Reichsverfassung das Recht der Oberaufsicht über die Medicinalpolizei im Reiche zusteht, im Benehmen mit den Bundesregierungen getroffenen prophylaktischen Maassnahmen eine eingehende Darlegung.

Die Maassnahmen erstreckten sich auf Verhütung der Einschleppung der Cholera aus dem Auslande durch gesundheitspolizeiliche Ueberwachung (Quarantäne, Desinfection) der aus verdächtigen Häfen des Auslandes einlaufenden Seeschiffe (Wortlaut der desshalb ergangenen Verordnung sammt Instruction zur Desinfection der Schiffe) in Anlage 5, durch Verbote der Ein- und Durchfuhr gewisser Waaren aus Russland und Frankreich (gebrauchte Wäsche und Kleider, Hadern und Lumpen, Obst, Gemüse, Butter, Weichkäse), durch Ermahnung zur vorsichtigen Behandlung von Reiseeffecten, Verpackungen etc., ferner durch Ueberwachung des Verkehrs an den Landesgrenzen durch ärztliche Visitation der Reisenden, Isolirung Verdächtiger oder Erkrankter, Desinfection des Gepäckes und der Verkehrsmittel. Eine besondere Aufmerksamkeit wurde den russischen Auswanderern beim Uebertritt auf das preussische Gebiet und während ihres Durchzugs durch das Gebiet des deutschen Reichs gewidmet. Zum Theil wurden dieselben an der Grenze zurückgewiesen.

Zur Verhütung der Weiterverbreitung und zur Unterdrückung der Cholera im Inlande wurden zahlreiche Maassregeln in Anwendung gebracht. Sie standen im Ganzen auf dem Boden der unter den Bundesstaaten 1884 und 1886 vereinbarten Beschlüsse, wurden aber nach dem Ausbruch der Cholera in Hamburg durch eine im Reichsamt des Innern vereinigte Commission der Vertreter der einzelnen Bundesstaaten nochmals geprüft behufs Erzielung einer möglichst gleichmässigen und raschen Durchführung im ganzen Gebiete des deutschen Reiches.

Die Ergebnisse der Commissionsprüfung sind unter dem Titel „Maassnahmen gegen die Cholera“ in Anlage 6 mitgetheilt. Sie berühren die Anzeigepflicht, die Abhaltung von Märkten, Festen etc., den Besuch der Schulen, die Ueberwachung des Eisenbahnverkehrs, die Desinfection, Krankentransport und -Isolirung, Beerdigung der Todten und die Verbesserung der sanitären Verhältnisse.

Zur Belehrung und Beruhigung wurden Flugblätter über Schutzmaassregeln gegen die Cholera (Anlage 7) und speziell für die Schifferbevölkerung (Anlage 8) Seitens des Gesundheitsamtes zusammengestellt, ferner Gutachten über die Verschleppung der Cholera durch Waarensendungen veröffentlicht (Anlage 10.)

Zur Ueberwachung des Eisenbahnverkehrs im Inlande wurde eine besondere Dienstanweisung an die Eisenbahndirectionen erlassen (Anlage 9), worin namentlich die Behandlung erkrankter Reisender, dann die Behandlung und Desinfection des Reisegepäcks und der Wagen eine Regelung erfährt.

Diese Anweisung war um so nothwendiger, als sich unter dem Einfluss der Cholerafurcht an manchen Orten ein allzu eifriges und bisweilen störendes Vorgehen bemerkbar machte.

Zur weiteren Beobachtung des Verlaufes der Cholera und zur Begutachtung fernerer Maassregeln wurde im Reichsgesundheitsamt eine Choleracommission ernannt, die am 12. September ihre erste Sitzung hielt und seitdem wöchentlich ein- bis zweimal zusammengetreten ist. Zu ihr werden nach Bedarf Vertreter der hauptbetheiligten Reichsbehörden und Bundesregierungen zugezogen.

Die Bekämpfung der Cholera im Speziellen erheischte, je nach Lage der Sache, noch einzelne besondere Maassnahmen. Die wichtigste derselben ist die Errichtung von Commissarien

für Gesundheitspflege im Stromgebiet der Elbe, Oder, des Rheins, der Weichsel und der Donau. Durch die Commissare wurden zahlreiche Schiffscontrolstationen eingerichtet, deren Thätigkeit die Untersuchung der sanitären Zustände auf Schiffen und Flössen, die Vornahme der Desinfection, die Ermittlung und Unterbringung choleraverdächtiger oder Cholera-Fälle umfasste. Ein Bild der Thätigkeit dieser Controlstationen gibt Anlage 11 (Bericht) und Anlage 12 (Dienstanweisung).

Durch diese Schiffscontrolstation wurden auf der Elbe vom 13. September bis 29. November 57108 Schiffe und Flösse mit 205954 Personen revidirt, 32851 Schiffe und Flösse desinficirt, 108 Cholera- und 11 choleraverdächtige Fälle festgestellt, auf der Oder vom 21. September bis 27. November 30074 Fahrzeuge mit 103327 Personen revidirt, 15938 Fahrzeuge desinficirt, 7 Cholera- und 3 choleraverdächtige Fälle ermittelt, auf dem Rhein vom 6. October bis 17. November 37078 Fahrzeuge mit 185542 Personen revidirt, 21144 Schiffe desinficirt, 5 Cholera- und 2 choleraverdächtige Fälle ermittelt, auf der Weichsel endlich vom 2. October bis 30. November 26653 Schiffe und 3138 Flösse revidirt, 16377 bezw. 793 desinficirt, 184890 Personen untersucht nnd 3 Cholera- und 2 choleraverdächtige Fälle festgestellt.

Ueber den Stand der Cholera am Ende des Jahres 1892 theilt die Denkschrift mit, dass fast überall, wo Cholera sich gezeigt hat, noch vereinzelte Fälle vorkommen, dass namentlich in Russland die Seuche ihren epidemischen Charakter noch nicht verloren hat (Anlage 13). Die Nähe der Cholera im Osten unserer Grenze birgt für das kommende Jahr 1893 gewisse Gefahren, da durch das Wiederaufleben der Epidemien in der wärmeren Jahreszeit das Weichselgebiet direct bedroht wäre.

Der 3. Theil der Denkschrift endlich behandelt den Einfluss der Choleraepidemie auf die Verkehrsbeziehungen zum Auslande. Dieselben sind durch die gegen die Einschleppung der Cholera aus Deutschland seitens der übrigen Staaten getroffenen Vorkehrungen natürlich beträchtlich gestört worden, zum Theil durch starke Ueberschreitungen der für die Verkehrsbeschränkung zu ziehenden Grenzen. Erst auf dringende Vorstellungen der Reichsregierung bei den Regierungen des Auslandes konnten Milderungen der Verkehrsbeschränkungen, welche gegen Deutschland gerichtet waren, erreicht werden.

Es werden dann im Einzelnen die Maassnahmen der ausländischen Regierungen, welche auf den Verkehr Deutschlands beschränkend wirkten und welche ebenfalls hauptsächlich in Quarantänen und Einfuhr- und Durchfuhrverboten bestanden, nach Inhalt und Dauer namhaft gemacht. Eine erfreuliche Ausnahme machte England, das von Quarantänen ganz absah, und den Waarenverkehr nur betreffs gebrauchter Wäsche, Kleider, Hadern und Aehnlichem beschränkte. Auch Frankreich legte den Provenienzen aus Deutschland nur mässige Hindernisse in den Weg. L. Pfeiffer.

C. Liebermeister: Vorlesungen über specielle Pathologie und Therapie. Vierter Band: Krankheiten der Brustorgane. Leipzig, F. C. W. Vogel, 1891.

Nach mehrjähriger Pause hat der Verfasser einen neuen Band seiner Vorlesungen herausgegeben, dessen Inhalt die Erkrankungen der Respirations- und Circulationsorgane bilden. Beiden Theilen geht eine allgemeine Symptomatologie voraus, welche in klarer knapper Darstellung den Anfänger in die Percussion und Auscultation der Brustorgane einführt. Beachtenswerth sind die Worte, mit denen L. die Krankheiten des Lungengewebes einleitet; er geisselt hier die Einseitigkeit der beiden heutigen Strömungen, von denen die eine, die conservative, sich gegen die neueren Forschungen ablehnend verhalte, während die andere, „die Partei des rücksichtslosen Fortschrittes" alles Alte unbesehen bei Seite werfen wolle und nur in den bakteriologischen Forschungen die Mittel zur richtigen Beurtheilung und Behandlung der Kranken erblicke. Die Zukunft gehöre einer Mittelpartei, welche beiden Strömungen in gleichem Maasse gerecht werde.

Abweichend von anderen Lehrbüchern hat der Verfasser in das Capitel Lungenkrankheiten auch die Infectionskrankheiten, wie die croupöse (fibrinöse) Pneumonie, die Tuberculose der Lungen, mit aufgenommen. Der letzteren schickt er eine historische Einleitung voraus, worin die Wandlungen erörtert werden, welche die Anschauungen über diese wichtige Erkrankung im Laufe der Zeiten erfahren haben. In Bezug auf die Erblichkeit der Tuberculose huldigt L. der Anschauung, dass neben einer Vererbung der Disposition, bei Tuberculose ähnlich wie bei Syphilis, eine erbliche Uebertragung des Krankheitskeimes von den Eltern auf die Kinder vorkomme. In der Behandlung der Lungentuberculose wird der Anwendung des Koch'schen Mittels zu therapeutischen und zu diagnostischen Zwecken ein breiter Raum gewährt. L. steht oder stand — zur Zeit der Abfassung des Buches — der Tuberculinbehandlung durchaus nicht ablehnend, wenngleich mit voller Objectivität gegenüber.

An die Krankheiten des Lungengewebes, unter denen auch symptomatische Zustände, wie Lungenödem, Atelektase, in besonderen Capiteln besprochen werden, reihen sich die Krankheiten der Luftwege. Beim Katarrh der Luftwege finden wir ein lehrreiches Exposé über die Lehre von der Erkältung. Ein kurzer Abschnitt behandelt die Influenza, welche Verfasser in ätiologischer Beziehung als eine rein contagiöse Infectionskrankheit ansieht. Nachdem dann noch in gedrängter Kürze die Kehlkopfkrankheiten, sowie ausführlicher das Asthma abgehandelt worden ist, bilden den Schluss des ersten Haupttheiles die Erkrankungen der Pleura. Von Interesse sind hier die Erfahrungen und Anschauungen des hervorragenden Klinikers über die operative Behandlung des serösen Pleuraexsudates und des Empyem.

Der zweite Theil bietet neben der schon erwähnten symptomatologischen Einleitung dem Lernenden im Anschluss an die Endocarditis eine sehr anschauliche Darstellung der Klappenfehler. Für die Praktiker von besonderem Werthe ist eine eingestreute Abhandlung über die „vergleichende Prognose der Klappenfehler". Unnöthige Breite und Wiederholungen sind dadurch vermieden, dass die Compensationsstörungen bei Klappenfehlern und ihre Therapie gemeinsam besprochen werden. Etwas stiefmütterlich ist die sogenannte idiopatische Herzhypertrophie behandelt.

In Bezug auf die Herzmuskelerkrankungen unterscheidet L. zweckmässiger Weise umschriebene Degenerationsprocesse der Herzmusculatur, die er unter dem Namen Myocarditis zusammenfasst, und diffuse Degenerationen (klinisch: myopathische Herzschwäche). Diesen folgen die Erkrankungen des Herzbeutels, die Herzneurosen, die angeborenen Anomalien der Circulationsorgane, schliesslich die Krankheiten der Arterien.

Als nicht der geringste Vorzug des vorliegendeu Bandes von L.'s Vorlesungen verdient neben vielen anderen die sorgfältige kritische Auswahl hervorgehoben zu werden, mit welcher der Verfasser überall in den Capiteln über Therapie, geleitet durch reiche eigene Erfahrung, zu Werke gegangen ist.

Stintzing.

Dr. **P. J. Kolsky: Ueber den Einfluss der meteorologischen Verhältnisse auf die Entstehung der croupösen oder fibrinösen Pneumonie.** Inaugural-Dissertation zur Erlangung der Doctorwürde. Mit 11 Curventafeln und 76 Tabellen. Moskau 1892. 252 S. (Russisch.)

Die vorliegende Arbeit, die auf Grund eines sehr grossen Beobachtungsmaterials (6198 Fälle) und gewissenhafter Durcharbeitung der einschlägigen Literatur entstanden ist, lässt sehr bald erkennen, dass der Verfasser kein Freund der Ansicht ist, dass zur Entstehung der croupösen Pneumonie nur eine Infection nöthig sei. Nach seiner Ansicht kann man die bakteriologischen Befunde nicht als genügend und beweisend betrachten; selbst in den Fällen, wo eine Infection durch Mikroorganismen vorläge, sei ein grosser Einfluss der Witterungsverhältnisse für die Entstehung der Krankheit nicht abzuleugnen. Nach der Ansicht des Verfassers können die Pneumoniecoccen sich nur dann gut entwickeln, wenn der Körper vorher durch später zu schildernde meteorologische Verhältnisse geschwächt ist, wenn

eine Erkältung vorhergegangen ist. Unter solchen Verhältnissen kann der geschwächte Körper den sonst schwachen und kampfunfähigen Coccen nicht mehr mit Erfolg widerstehen. Die Vergleichung meteorologischer Beobachtungen vieler Jahre mit dem Auftreten, der Zunahme und der Sterblichkeit an croupöser Pneumonie hat den Verfasser zu folgenden Schlüssen gebracht:

1) Die meteorologischen Verhältnisse spielen in der Aetiologie der croupösen Pneumonie, wenn nicht die wichtigste, so doch eine bedeutende Rolle.

2) Bei meteorologischen Verhältnissen, wie sie an der Rückseite der Cyclonen oder an der östlichen Seite der Anticyclonen gefunden werden, tritt in Moskau croupöse Pneumonie öfter auf.

3) Temperaturschwankungen um 0° sind für das Auftreten von Pneumonie sehr günstig.

4) Sehr feuchte und sehr trockene Luft scheinen für die Entwicklung der Pneumonie sehr günstig zu sein.

5) Die Erkältung ist als ein sicheres ätiologisches Moment zu betrachten.

6) Bis jetzt ist kein meteorologischer Factor als einzige Ursache der Pneumonie zu betrachten.

Zum Schluss gibt der Verfasser einige Punkte an, wie die weiteren Unternehmungen zur Klärung dieser wichtigen Frage geführt werden sollen. F.

Prof. Dr. **Hofmokl: Klinische Mittheilungen über Darmocclusionen.** Klinische Zeit- und Streitfragen. VI. Bd. 5. u. 6. Heft. Wien, W. Braumüller.

Das so wichtige Capitel über Darmocclusionen hat trotz der zahlreichen hierüber in den letzten Jahren erschienenen Arbeiten immer noch seine grossen Schwierigkeiten, und doch ist eine genaue Diagnose von der Art und dem Sitz der Erkrankung stets der Grundpfeiler der richtigen Therapie und jede Arbeit, die uns hierin fördert, muss hoch willkommen geheissen werden. H. behandelt auf seine eigenen Erfahrungen (45 genauer angeführte Fälle) gestützt die verschiedenen Formen der Darmocclusion, (durch Koprostase, abnorme Taschenbildung, Fremdkörper, Stricturen entzündlicher und neoplasmatischer Natur, sowie solche durch angeborene Ursachen). H. bespricht betr. derselben genauer die Symptome und diagnostischen Anhaltspunkte, er hält digitale Untersuchung per rect. resp. vaginam zwar für jede Darmocclusion für nöthig, doch wird man nur bei relativ tiefsitzenden Hindernissen Anhaltspunkte gewinnen. Untersuchung mittelst elastischen Bougies verwirft er im Allgemeinen, wegen der Gefahr der Perforation unterhalb der strictu rirenden Neubildung etc. Sehr hohes Alter und bereits bestehende Peritonitis mit kleinem intermittirenden Puls schliesst nach H. nicht immer jeden grösseren operativen Eingriff aus, macht jedoch den vollen Erfolg der Operation sehr zweifelhaft. Für die Anlegung eines Anus praeternaturalis ist H. nicht sehr eingenommen, obgleich er nie danach Peritonitis beobachtete; er befürwortet sie nur in vorgeschrittenen Fällen von Darmocclusion, wo sich keine bestimmte Diagnose stellen lässt. Die am stärksten geblähte Darmschlinge wird mit einer Partie der Darmwand in der Bauchwunde exact befestigt und gleich oder später 1—1½ cm weit mit Messer oder Paquelin geöffnet. Mit den Darmresectionen hatte H. günstige Erfolge, bloss in einem Falle sah er nach 5 Jahren ein Recidiv an Stelle des resecirten Carcinoms in der alten Narbe, das aber eine tuberculöse stricturirende Schwiele war, welche wieder erfolgreich operativ entfernt wurde. 2 Fälle von Cöcumresection leben noch nach Jahren. Die Mortalität von 50 Proc. gegenüber 50 Proc. geheilten und gebesserten Fällen lautet zwar nicht sehr günstig, wenn jedoch H. die Fälle ausscheidet, in denen der operative Eingriff sicher ohne Einfluss auf den üblen Ausgang war, restirt eine Mortalität von nur 24,04, eine Genesungsziffer von 70,96. Bezüglich einzelner Fälle muss auf die genauer angeführten Krankengeschichten der Arbeit verwiesen werden. Schreiber.

Erich Peiper: Die Schutzpockenimpfung und ihre Ausführung. Leitfaden für Aerzte und Studirende. Vermehrte und verbesserte Auflage. Wien und Leipzig, Urban und Schwarzenberg, 1892. 107 S.

Nach einem historischen Rückblick auf die Pockenepidemien und die Entwickelung der Lehre von der Variolation und Vaccination, wird die noch unentschiedene Frage nach der Aetiologie der Variola und Vaccine historisch-kritisch gewürdigt. Einer Besprechung der Thierpocken, ihrer Uebertragbarkeit etc. folgt an der Hand der einschlägigen gesetzlichen Verordnungen eine genaue, klare Darstellung der Gewinnung der verschiedenen Lymphsorten. Bei Schilderung der Impfung des Kalbs wäre eine ganz kurze Beschreibung des Impftisches und der gebräuchlichen Impfinstrumente dem Studirenden gewiss angenehm. Der ausführlichen Besprechung des Impfgeschäftes folgt die des Verlaufs der Schutzpocken. Im Widerspruch mit Verfasser glaubt Referent, dass Collodium und auch Zinkleimverbände für sehr unruhige, viel kratzende Kinder nicht ganz überflüssig sind. Das folgende Capitel über Pathologie der Impfung ist auch für den praktischen Arzt von Wichtigkeit und Interesse, indem Verfasser nicht nur die bekannt gewordenen Complicationen der Impfung, sondern auch die vielumstrittene Frage der Uebertragbarkeit von Tuberculose und Syphilis durch Vaccination eingehend bespricht.

Als Anhang findet sich eine willkommene Zusammenfassung sämmtlicher auf das Impfgeschäft bezüglicher Gesetze und Verordnungen, Muster von Impfscheinen und ein Formular der Impflisten. Als kleinen Mangel des sonst seinem Zwecke in jeder Hinsicht entsprechenden Buches erwähne ich zum Schluss das Fehlen eines alphabetischen Sachregisters.

Doernberger.

Neueste Archive und Zeitschriften.

Deutsches Archiv für klinische Medicin. 51. Band. Erstes Heft. Herausgegeben von v. Ziemssen und v. Zenker. Verlag von F. C. Vogel in Leipzig.

1) Dr. H. Hochhaus-Kiel: **Beiträge zur Pathologie des Herzens.**

I. Fall von intra vitam diagnosticirtem Offenbleiben des Ductus Botalli, der im 24. Lebensjahr an septischer Endocarditis zu Grunde gegangen ist. II. Beschreibung zweier Fälle, in denen in unmittelbarem Anschluss an eine Contusion des Thorax bei bis dahin ganz gesunden Individuen Kurzathmigkeit, Schmerz im Rücken und auf der Brust, Pulsbeschleunigung und Unregelmässigkeit desselben — kurz unzweifelhaft Symptome einer Myocarditis eintraten. III. 2 Fälle von anfallsweise auftretender Tachycardie höchsten Grades (bis 200 Herzcontractionen in der Minute). In beiden Fällen ging die Tachycardie mit hochgradiger Dilatatio cordis einher, um so hochgradiger, je länger die Anfälle dauerten. Sie haben das überraschende Aufhören aller Symptome mit dem Sistiren des Anfalles gemein. Die Ursache der periodischen Lähmung des Vagus, als welche die Tachycardie aufzufassen ist, erscheint noch ziemlich dunkel. In einem der Fälle war eine acute Ueberanstrengung die Ursache eines überaus heftigen, 9 Tage anhaltenden Anfalles. Hier liesse sich aus der Dehnung des Herzens und die durch dieselbe hervorgerufene Reizung der Herzganglien vielleicht die Erklärung für das Eintreten der Tachycardie finden.

2) C. Gimmel (Eichhorst's Klinik in Zürich): **Scharlach bei Erwachsenen.**

In den Jahren 1881—89 kamen in Zürich und seinen Aussengemeinden 1818 Fälle von Scharlach in ärztliche Behandlung. 15,08 Proc. der Fälle waren Erwachsene. Während in den anderen Jahren die Procentzahl der Erwachsenen zwischen 7,81 und 12,09 schwankte, stieg sie 1888 auf 19,91 und 1889 auf 20,08 Proc. Der Grund für diese auffallende Steigerung dürfte darin zu suchen sein, dass in den letztgenannten 2 Jahren viel ausgedehntere Epidemien herrschten, die Menge von Krankheitserregern dementsprechend eine grössere war, und ferner darin, dass, weil in den vorausgegangenen Jahren keine grössere Epidemie herrschte, eine grössere Anzahl von Individuen die Grenze erreichen konnten (14. Lebensjahr), welche für „Erwachsene" angenommen ist. In der Regel wurden Erwachsene in Familien inficirt, in denen zuvor Kinder erkrankt waren. Je enger die betreffenden Wohnungen waren und je dichter bewohnt, desto häufiger kamen auch Erkrankungen Erwachsener vor. Im Ganzen erscheint die Disposition zu Scharlach bei Erwachsenen etwas kleiner, als bei Kindern. Der Verlauf ist bei Ersteren ein leichterer; Nephritis kommt bei ihnen seltener vor und verläuft weit leichter; Gelenkrheumatismus dagegen häufiger, ohne zu ernsten Complicationen zu führen. Die Beschreibung von 3 Fällen, in denen die Scharlachinfection von Wunden ausging, beschliesst die lehrreiche Studie.

3) Dr. A. Stoll (Eichhorst'sche Klinik in Zürich): **Klinische Studien über Gelenkrheumatismus.**

Statistische Bearbeitung von 572 Fällen von Rheumatismus articulorum acutus und chronicus, welche von Anfang 1881 bis Ende 1890 in der medicinischen Klinik in Zürich zur Behandlung kamen. Eine Beziehung zwischen der Menge der Niederschläge und der Anzahl der Erkrankungen an Polyarthritis rheumatica ist nicht nachweisbar gewesen. Die häufigsten Erkrankungen kamen im 3. Decennium vor (48,2 Proc.). Das männliche Geschlecht hat die doppelte Anzahl von Erkrankungen aufzuweisen. Als Ursache wurde in der weitaus grössten Anzahl Erkältung angegeben. Nähere Nachfrage lässt aber erkennen, dass die Erkältung viel seltener als ätiologisches Moment anzusehen ist, wie von den Patienten angegeben wird. Verfasser hält vielmehr eine Infection für das ätiologische Moment. So erkrankten in der Züricher Kaserne in rascher Aufeinanderfolge 30 Soldaten; so ergab die genaue Nachforschung, dass am meisten diejenigen Bezirke Zürichs befallen werden, welche in hygienisch-sanitärer Beziehung am wenigsten den Anforderungen entsprechen. Erbliche Belastung war in 5,3 Proc. nachweisbar. Recidive sehr häufig. Von den Gelenken waren die der unteren Extremität am häufigsten befallen. Die Temperatursteigerung und noch mehr die Pulsfrequenz stand in der Mehrzahl der Fälle mit der Anzahl der befallenen Gelenke in nahem Verhältniss. — Unter den Complicationen steht natürlich die Endocarditis oben an: je mehr Gelenke befallen sind, desto häufiger Endocarditis. — In 9,2 Proc. blieb ein Herzfehler zurück. Weitere Complicationen: Pleuritis, Pneumonie, Bronchitis, Angina, Coryza, Epistaxis. — Nephritis in 4 Fällen. Purpura rheumatica. — Acid. salicyl. und Natr. salicylic. in Dosen von 0,5 bis 1,0 wurden mit vortrefflichem Erfolg gegeben. Sie vermögen die Dauer der Affection nicht zu verkürzen, drücken aber die Mortalität auf ein Minimum herab. Wo Salicyl keine Wirkung that, wurde mit Vortheil Antipyrin angewandt. — Bei subacuten und chronischen Fällen waren Jodkali, Immobilisirung, Carbolsäureinjectionen von Erfolg.

4) Dr. A. Westphal-Leipzig: **Beitrag zur Kenntniss der Pseudoleukämie.**

Ausführliche historisch-kritische Beleuchtung der verschiedenen Auffassung über das Wesen und die Aetiologie der Pseudoleukämie, von Hodgkin und Virchow bis zur Gegenwart, deren Resultat ist, dass auch heute noch die Anschauungen über das Wesen und die Stellung, welche die Pseudoleukämie in der Pathologie einzunehmen habe, sehr getheilt sind. Weder zur perniciösen Anämie, noch zur eigentlichen Leukämie sind die Beziehungen geklärt. Doch scheinen Uebergangsformen zu beiden genannten Krankheiten zu bestehen. 21 Fälle aus der Leipziger Klinik finden knappe, aber klare Beschreibung und eingehende Besprechung, aus welcher hervorzuheben ist, dass nach Anschauung des Verfassers und der meisten Autoren die Pseudoleukämie mit grosser Wahrscheinlichkeit eine Infectionskrankheit sei, für welche vielleicht locale Affectionen besonders der Mundhöhle und ihrer Umgebung die Eintrittspforte bilden. Ein directer Zusammenhang mit Tuberculose erscheint unwahrscheinlich.

Schmid-Reichenhall.

Vereins- und Congress-Berichte.

Verein der Aerzte zu Halle a. S.

(Officielles Protokoll.)

Sitzung vom 30. November 1892.

Vorsitzender: Herr Graefe. Schriftführer: Herr Hertzberg.

Vor Eintritt in die Tagesordnung stellt Herr Dr. **Liebrecht** einen Fall beiderseitiger Abducenslähmung in Folge von Diphtheritis vor.

Darauf hält Herr Dr. **Grunert** den angekündeten Vortrag: Das **otitische Cholesteatom des Schläfenbeins** mit Vorstellung operirter Fälle. (Vergl. d. W. No. 1, 1893.)

Herr Dr. **v. Herff** spricht über das **Ichthyol in der Frauenheilkunde.**

Der Vortrag ist in dieser Wochenschrift No. 52, 1892, abgedruckt.

v. Herff demonstrirt und erläutert weiter die Anwendung des Ecarteur utérin Tarnier, indem er auf einen in dieser Zeitschrift[1]) von ihm referirten Fall Bezug nimmt. Er hofft, dass mit Hülfe dieses Instrumentes das Gebiet der tiefen Cervixincisionen eingeschränkt werden könne.

Im Anschlusse daran wird eine modificirte Axenzugzange gezeigt, die aus der Hallenser Schulzange besteht, der die besten Theile des Zugapparates der Tarnier'schen und Simpson'schen Zange passend angefügt worden sind.

Discussion: Dr. Keil wendet gleichfalls Ichthyol seit dem Bekanntwerden desselben in der gynäkologischen Praxis an Stelle der früher gebräuchlichen Jodpräparate in ausgedehntem Maasse an. Die Wirkung ist nicht nur schmerzstillend, sondern auch resorbirend und entzündungshemmend. Namentlich bei subacuten Processen war der Erfolg überraschend. Ausser dem 5—10proc. Ichthyolglycerin zur Tamponade der Vagina kam Ichthyol innerlich in Form von Pillen à 0,1 mehrmals täglich zur Anwendung. Dasselbe wurde so vom Magen bei Störungen seiner Thätigkeit gut vertragen. Von Einreibungen habe ich abgestanden, da ungeschickte Bewegungen hierbei Verschlimmerung bringen können. Bei Schrunden der Brustwarzen stillender Frauen kam Ichthyol in letzter Zeit nicht mehr in Gebrauch, der Geruch scheint das Kind sehr abzustossen; 4procentige Borsäurelösung ist als absolut zuverlässiges Mittel an seine Stelle getreten.

Dr. Keil fragt, ob die Wirkung des Ecarteurs eine rein mechanische sei, oder ob auch Wehen durch denselben angeregt würden; letzteres sei eigentlich sehr wahrscheinlich, da der dauernde Druck des Instrumentes auf das untere Uterinsegment stattfinde. Anregung einer regelrechten Wehenthätigkeit scheint mir Erforderniss für die Empfehlung des Instrumentes.

Herr Graefe schliesst sich im Wesentlichen den Ausführungen des Vortragenden an. Auch er hat sich von der schmerzlindernden Wirkung des Ichthyols oft überzeugt. In einigen Fällen beobachtete er allerdings das Gegentheil; die Kranken klagten über vermehrte Schmerzen. Graefe hatte den Eindruck, dass in diesen Fällen die Epithelabstossung, welche regelmässig bei längerer localer Ichthyolanwendung eintritt, eine besonders starke war, so dass in ihr vielleicht die Ursache der gesteigerten Schmerzempfindung zu suchen ist.

Die resorbirende Wirkung, welche das Ichthyol bei Tubenerkrankungen entwickeln kann, beobachtete Graefe besonders in einem Fall von gonorrhoischer Pyosalpinx von Faustgrösse, dessen gonorrhoischer Ursprung sicher war. Er rieth wegen der hochgradigen Beschwerden der Patientin zur Laparotomie, zu der sich diese aber nicht entschliessen konnte. Ohne grosses Vertrauen auf den Erfolg wurde eine örtliche Ichthyoltamponcur, allerdings bei 14tägiger Bettruhe, eingeleitet. Nach 4 Wochen war der Tumor auf Wallnussgrösse geschrumpft, hatte seine Empfindlichkeit verloren. Patientin, welche früher nur kleine Wege und diese unter heftigen Schmerzen machen konnte, hat im Sommer ausgedehnte Bergtouren ohne die geringsten Beschwerden unternommen. Der Zustand ist jetzt nach einem Jahr ein gleich günstiger geblieben.

Derartige Beobachtungen, wie sie ja auch Freund gemacht hat, fordern, wenn sie auch nicht die Regel bilden, dringend dazu auf, stets vor einem operativen Eingriff die zwar in mancher Beziehung lästige, aber dafür völlig ungefährliche Ichthyolbehandlung zu versuchen.

Im Schlussworte drückt Redner seine Freude aus über die im Grossen und Ganzen mit ihm übereinstimmenden Erfahrungen der Herren DDr. Graefe und Keil. Auch er hatte Gelegenheit, gleich Hrn. Graefe starke Epithelabschilferungen der Scheide beobachten zu können, die gelegentlich so stark wurden, dass die Anwendung des Ichthyolglycerins, selbst in 10proc. Lösung, ausgesetzt werden musste.

Redner betont ferner, dass er auch in der Praxis, namentlich seiner Zeit in Darmstadt, die gleichen günstigen Erfolge mit der Carbolbehandlung der inficirten Schrunden wie in der Klinik gesehen habe. Da das Princip bei Anwendung der Borsäure das gleiche ist, so dürfte sich dieses Mittel wegen seiner geringeren Giftigkeit vielleicht eher empfehlen, sofern es im Stande ist, mit der nämlichen Sicherheit die gleichen günstigen Resultate zu erzielen.

Aerztlicher Verein in Hamburg.

(Originalbericht.)

Sitzung vom 10. Januar 1893.

Vorsitzender: Herr Schede.

Vor der Tagesordnung widmet der Vorsitzende dem Andenken des verstorbenen Medicinalraths Kraus einige Worte. Dass Kraus, der bereits seit längerer Zeit durch ein Lungencarcinom schwere Leiden zu erdulden hatte, mitten in der schwersten Zeit der Choleraepidemie dem Drucke der öffentlichen Meinung nachgab und sein Amt niederlegte, ohne auch nur mit einem Wort sich gegen die vielfachen und meist sehr ungerechten Vorwürfe, die gegen ihn erhoben wurden, zu vertheidigen, sollte als ein Act des Patriotismus und grösster Selbstverleugnung ihm unvergessen bleiben. — (Die Anwesenden ehren sein Andenken in üblicher Weise.)

I. **Demonstrationen.** 1) Herr Ruete demonstrirt Bacteriencolonien, die er aus Kälbervaccine in Gemeinschaft mit Dr. Carl Enoch gezüchtet hat. Auf Agar entwickelten sich weisse bis gelbliche Culturen, die sich mikroskopisch als Diplococcen mit lebhafter Eigenbewegung auswiesen. (Demonstration). Die Bewegung findet aber nur bei Temperaturen

[1]) Münchener med. Wochenschrift No. 44, 1892.

zwischen 20—40° statt. Auch im hängenden Tropfen und auf Platten kamen Culturen zum Wachsen. Dieselben zeichnen sich durch einen moderartigen Geruch aus. Aus dem Blute der Ohrvene von vaccinirten Meerschweinchen konnte Ruete dieselben Coccen wie vorhin beschrieben, züchten, ebenso aus dem Blute vaccinirter Schweine. Wurden Schweine mit genannten Culturen geimpft, so erwiesen sie sich später gegen Kälberlymphe immun.

Ruete hat seine Versuche noch nicht abgeschlossen und stellt weitere Mittheilungen in Aussicht. Auch lässt er vorläufig dahingestellt, ob die Coccen selbst oder vielleicht Stoffwechselproducte derselben Träger des Vaccinevirus sind. (Demonstration verschiedener Culturen.

2) Herr Alsberg demonstrirt das Präparat einer Extrauterinschwangerschaft. Dasselbe stammt von einer 31jährigen Frau, die ca. in der 5. Woche schwanger war und mit Symptomen innerer Verblutung in das Krankenhaus gebracht wurde. Alsberg machte die Laparotomie, fand die Bauchhöhle voll mit Blut und den geborstenen Fruchtsack rechts neben dem Uterus. Nach Abbindung der Tube wurde der Fruchtsack exstirpirt; der Foetus lag frei im Abdomen mitten zwischen Blutgerinnseln. Die Frau erholte sich nur langsam; der Wundverlauf wurde zuerst durch eine vorübergehende Darmlähmung gestört. Zur Zeit besteht noch eine Bauchdeckeneiterung, wahrscheinlich von einer Ligatur herrührend. (Demonstration des Foetus und Fruchtsackes.)

II. Herr **Philippson: Die Prophylaxe der Gonorrhoe.**

Der Vortrag ist im Wesentlichen ein Referat über die bekannten Erfahrungen Neisser's bei der Untersuchung der Prostituirten auf Gonorrhoe in Breslau. Jaffé.

Gesellschaft für Morphologie und Physiologie zu München.

Sitzung vom 14. Juni 1892.

Dr. **Hermann Rieder: Ueber Molluscum contagiosum.** Mit Krankendemonstration. (Autoreferat.)

Bei der Betrachtung dieser Geschwulstform kommen hauptsächlich 4 Punkte in Frage:

1) Das Gewebe, in dem dieselbe vorkommt.

2) Die Beschaffenheit der sogenannten Molluscumkugeln.

3) Die Aetiologie, d. h. ob Coccidien als die Ursache derselben anzusehen sind.

4) Die Contagiosität.

Vortragender schickt den Erörterungen dieser 4 Punkte einige Bemerkungen voraus über Namen, Begriff, Häufigkeit und Dauer der Krankheit.

Die zahlreichen Namen (wie Acne varioloiformis, Molluscum contagiosum, Epithelioma varioloiforme contagiosum etc.), welche man den zu beschreibenden Gebilden gegeben hat, sprechen für deren vielseitige Deutung.

Der Name Molluscum ist von Bateman in London 1817 in die Wissenschaft eingeführt worden; er wurde angeblich schon von Plinius gebraucht, welcher die weichen warzenartigen Auswüchse, die sich auf der Rinde des Ahornbaumes finden, damit bezeichnet haben soll.

Wir haben unter Molluscum contagiosum eine Hautaffection zu verstehen, welche sowohl ihrem Sitze als ihrem Baue nach von den verschiedenen Schriftstellern verschieden beurtheilt wird.

Bis Virchow sind nun ganz heterogene pathologische Processe unter den Begriff Molluscum subsumirt worden, namentlich sind häufig atheromatös entartete Talgdrüsen mit dem echten Molluscum contagiosum verwechselt worden. Erst Virchow hat eine genaue Charakteristik dieser Knoten gegeben, welche den Atheromen nur insoferne nahestehen, als auch sie eine, allerdings nach aussen offene, epidermale Bildung darstellen.

Bis 1842 sind 20 Fälle von Molluscum contagiosum bekannt geworden, im Jahre 1888 hat Neisser die Literatur zusammengestellt und bereits über 92 Publicationen berichten können.

In den besser situirten Ständen soll M. c. nach Angabe englischer Autoren viel seltener vorkommen als in den niederen.

Die angebliche Seltenheit des Molluscum contagiosum rührt wohl davon her, dass dasselbe den meisten Aerzten unbekannt ist; dass es aber hier in München nicht gerade häufig ist, dafür spricht in erster Linie der Umstand, dass es im Münchener pathologischen Institute bei Sectionen, wie Vortragender erfahren hat, bisher nicht gefunden wurde.

Was die Grösse und Zahl der Knoten anlangt, so sind sie gewöhnlich erbsen- bis linsengross, doch hat Pick von mehreren kugeligen Knollen zusammengesetzte Geschwülste bis zu Gänseeigrösse beobachtet. An manchen Stellen, so an der Innenseite des Oberschenkels, können sie bis zu Faustgrösse getroffen werden. Die Haut über diesen Geschwülsten fand Pick dunkel pigmentirt. Einmal fand derselbe Autor Gesicht und Stamm wie besät mit Knoten. In anderen Fällen, so in dem vorliegenden, sind die Knötchen wieder weniger zahlreich, mitunter werden sie nur vereinzelt angetroffen.

Als Prädilectionsstellen gelten die Genital- und Schenkelgegend bei Erwachsenen, die Augenlider bei Kindern.

Die pockenähnlichen Knötchen haben an der Oberfläche eine charakteristische Delle, aus der sich eine stearinartige Masse ausdrücken lässt, zuweilen aber zeigen sie Kraterbildungen, oder sind confluirend. Meist zeigen sie eine leichte Einschnürung an der Basis, so dass sie das Aussehen sessiler Geschwülste annehmen können.

Die Dauer der Erkrankung ist sehr verschieden und kann sich auf sehr lange Zeit erstrecken; so beobachtete Laache einen 30 Jahre lang bestehenden Tumor bei einer 56jährigen Bauersfrau.

Das Molluscum contagiosum wurde bald als Affection der Talgdrüsen, bald als solche der Haarbälge, bald als Krankheit der Epidermis selbst, speciell des Rete Malpighii, angesehen.

Retzius (1870) war der erste, welcher die Behauptung aufstellte, dass das Molluscum von der Epidermis selbst seinen Ausgang nimmt. An den jungen Knoten könne man diesen Ursprung deutlich erkennen, an den älteren dagegen werde durch den lappigen Bau und die vielfächerige Anordnung (der Rete-Zapfen) eine drüsenartige Beschaffenheit vorgetäuscht. Alle Läppchen convergiren nach der Mitte, wo sich eine Höhle finde, die in die an der Oberfläche gelegene Delle münde. Bindegewebsstränge, welche die Gefässe enthalten, bilden die Scheidewände der einzelnen Lappen. Die so gebildeten Knoten vergrössern sich durch typische epitheliale Hyperplasie. Nach Pick sitzen zwar die Geschwülste in der Lederhaut, isoliren sich aber, wenn sie grösser werden, und lassen sich dann losschälen.

Da Bateman und andere Forscher alle mit Molluscum verwandten Hautgebilde zusammenwerfen, hat Virchow eine Eintheilung derselben in Epithelioma molluscum (Molluscum contagiosum), in Fibroma molluscum (M. fibrosum s. pendulum) und in Atheroma molluscum vorgeschlagen.

Virchow weist wiederholt auf die grosse Aehnlichkeit des M. c. mit Krebswucherungen hin, von denen das erstere sich dadurch unterscheide, dass es eine reine Oberflächenwucherung darstelle. Auch das Fehlen der Ulceration spricht nach Israel gegen Krebs, ebenso die mikroskopische Untersuchung, die auch contra Atherom zu verwerthen sei. In pathologisch-anatomischer Beziehung besteht nach Pick auch Verwandtschaft des M. c. mit Lepra tuberosa und nodosa.

Im Centrum des M. c. befinden sich rundliche Körperchen, die wie Haufen fettig gefüllter Zellen aussehen. Diese Zellen sind bekanntlich aber nicht Fett, sondern Bildungen denen ähnlich, die auch in Cancroiden vorkommen.

Israel bezeichnet die Molluscа contagiosa als Retentionsgeschwülste mit gesteigerter Proliferation der epithelialen Elemente. Virchow hält nicht die Oberhaut selbst, sondern die Haarbälge für den Ausgangspunkt der Geschwulst. Dagegen spricht, abgesehen von dem mikroskopischen Bilde, der Befund Bollinger's, dass gerade beim Federvieh sich die M. c. dort besonders finden, wo keine Lederbälge (d. s. Analoga der Haarbälge) vorkommen.

Trümmer zu Grunde gegangener Talgdrüsen oder Haarbälge hat Vortragender in seinem Falle im Gegensatze zu Pick nicht gefunden. Auch Simon und Lewin haben nie Talg im M. c. gefunden, auch sahen sie nie benachbarte Talgdrüsen in Degeneration. Israel hat Serienschnitte durch kleine Knötchen gemacht und niemals die Einmündung von Talgdrüsen in die M. c. constatiren können.

Was die Beschaffenheit der sogenannten Molluscumkörperchen anlangt, so stellen dieselben umgewandelte Epidermiszellen (Virchow, Bitsch-Kopenhagen, Neisser u. A.) dar, welche sich besonders in den tiefsten Schichten der epithelialen Hyperplasie entwickeln. Nach Auffassung der letztgenannten Autoren schwellen die Zellen an, werden durchsichtig, der Kern tritt an die Peripherie. In der Zelle bildet sich erst eine granulöse Masse, die später colloide Beschaffenheit annimmt. Die Zelle kann durchbrochen werden, die colloide Masse, das eigentliche Molluscumkörperchen, kann austreten und dann das Aussehen eines Fetttropfens annehmen. Oft finden sich kleine Tropfen colloider Masse innerhalb des noch ziemlich intacten Gewebes. In und um die Zellen zerstreut sieht man zahlreiche homogene Körnchen — offenbar Eleidin. Weiters sieht man das Protoplasma der Zellen sich in Colloidsubstanz umwandeln, während der Kern verschwindet.

Bitsch glaubt, dass die nicht umgewandelten Zellen Taschen bilden, welche die Molluscumkörperchen in sich aufnehmen, wodurch die netzartige Structur zu Stande komme. (Eine einfachere Erklärung wäre die, dass innerhalb der Zellen ein destructiver Process vor sich geht, in Folge dessen die so gebildeten Molluscumkörperchen, nur von der veränderten Zellmembran umschlossen, durch bindegewebige Züge zu Gruppen vereinigt werden.)

Schon Eberth giebt an, dass die Molluscumkörperchen endogen in den Epithelzellen entstehen und dann frei werden. Bizzozero und Manfredi vergleichen sie nicht unrichtig mit den Physaliden in Cancroiden, welche in ähnlicher Weise in den Eindrücken der platten Zellen gelegen sind.

Ihre Entwicklung findet auch nach den Angaben von Virchow, Böck, Bizzozero und Manfredi u. A. in den Epithelialzellen statt. Ob aber die ganze Epithelzelle oder der Kern oder, was wahrscheinlicher ist, das Zellprotoplasma das Molluscumkörperchen liefert, darüber herrscht noch keine genügende Klarheit.

Nach Neisser ist stets noch ein Kernrest nachzuweisen, während die einzelnen verhornten Zellen mit Parasiten angefüllt seien.

Lukomsky lässt die Molluscum-Körperchen durch grosse, in das Gewebe eingedrungene Wanderzellen entstehen.

Klebs hält sie für dem Organismus fremde Bildungen, ohne indessen sich näher über ihre Herkunft zu äussern.

Mit der Meinung, dass die M. c. auch im Inhalt von Comedonen und Balggeschwülsten vorkommen, steht Kaposi ganz vereinzelt da.

Die fertig gebildeten, oft noch in die Epidermiszelle eingestülpten Molluscumkörperchen sind rundlich oder ovoid, homogen oder mit einer Einkerbung versehen, structurlos, durchsichtig, wie Fett glänzend und haben Aehnlichkeit mit den Psorospermienkugeln, wie sie Klebs in dem Darmepithel beschrieben hat.

Die Substanz ist — wie Keratin — sehr widerstandsfähig gegen Säuren, Alkalien, färbt sich mit Jod braun, giebt aber keine Amyloidreaction mit Methylviolett; sie ist nach Bitsch nur durch 20 proc. heisse Kalilauge ausziehbar und widersteht sowohl heissem Aether als Essigsäure.

Die Natur der Molluscumkörperchen ist somit noch nicht sichergestellt und bedarf noch weiterer Untersuchung.

Was die Aetiologie des Molluscum contagiosum anlangt, so wurde die Mittheilung von Angelucci auf dem internationalen Congresse zu London 1881, welcher eine bacterielle Ursache eruirt zu haben glaubte, allgemein zurückgewiesen.

Lukomsky glaubt, dass grosse Wanderzellen in das Gewebe eindringen und dort in Molluscumkörperchen sich umwandeln können. Diese Deutung wäre analog derjenigen von Steinhaus, welcher die bekannten Carcinomeinschlüsse als verdaute Leukocyten auffasst.

Nachdem Virchow auf die auffallende Aehnlichkeit der Molluscumkörperchen mit den im Darm und in den andern Visceralorganen der Kaninchen vorkommenden Gregarinen und Psorospermien hingewiesen hatte, sprach Bollinger auf Grund seiner Befunde an Hühnern die Behauptung aus, dass Gregarinen in der That die wahre Ursache der Erkrankung seien.

Die auch von Neisser acceptirte Psorospermiennatur wurde von Kaposi, Bitsch u. A. angezweifelt. Bitsch glaubt an eine einfache colloide Umwandlung der Zellen.

Schon vor der Mittheilung Bollinger's spalteten sich die Beobachter in zwei Lager, die Contagionisten und die Anticontagionisten, d. h. solche, welche eine directe Uebertragung von Mensch zu Mensch behaupteten oder läugneten.

Gegen die Contagiosisät sprechen sich aus Tilenius, Geber, Kaposi, Erasmus Wilson, Israel.

Pick's künstliche Ueberimpfung des Molluscum contagiosum auf der Hebra'schen Klinik war erfolglos, doch hatte ein Bruder seines Kranken Knoten von derselben Beschaffenheit. Auch Virchow's Impfversuch blieb erfolglos, ebenso die Impfung, die Eberth an sich selbst machte, aber ein Kind, das neben dem betreffenden erkrankten Kinde schlief, erkrankte gleichfalls an Molluscum contagiosum.

Virchow sowohl als Eberth sprechen sich jedoch **für** die Contagion aus, ebenso die meisten englischen Autoren, von denen Mehrere beobachtet haben, dass Kinder nach einander an M. c. erkrankt sind, dass die Krankheit in Instituten sich verbreitete und überhaupt bei Leuten, die in innigem Verkehr standen, endlich dass sie zuweilen auch an den Genitalien von Eheleuten zu beobachten sei.

(So berichtet W. Henderson (Edinb. Journ. 1841) über 5 Fälle, deren 3 Geschwister und einer Spielgenosse derselben war; Devergie über eine Ansteckung von Kind zu Mutter; Caillant (Arch. gén. 1851) über Ansteckung von 14 Kindern durch ein derartig erkranktes Kind. (Allerdings blieben die von ihm angestellten Inoculationsversuche erfolglos.)

Dass die Molluscumkörperchen, welche aus der Geschwulst ausdrückbar sind, die Vermittler der Contagion seien, vermuthet schon Bateman, ebenso Virchow und Eberth, wogegen Török und Tommasoli auf Grund eingehender chemischer Untersuchungen im Unna'schen Laboratorium zu den Ergebnissen gelangt sind, dass die Molluscumkörperchen keine parasitären Elemente (d. h. Coccidien und Amöben) sind.

Bollinger, der eine ähnliche Krankheit bei den Hühnern in Zürich entdeckte, die mit den sogenannten Pocken des Geflügels übereinstimmt, identificirte dieselbe mit dem M. c. des Menschen und bezeichnet dieselbe als eine contagiöse Infectionskrankheit, die wahrscheinlich durch Gregarinenentzündung in der Haut veranlasst sei. Die Versuche, diese Krankheit, welche sich auch bei Goldfasanen beobachten lässt, auf Taube, Schaf und Ziege überzuimpfen, waren erfolglos.

Ueber gelungene Impfversuche berichten Retzius, Paterson, Vidal und Haab.

Wenn auch die Angaben von Retzius, wie Kaposi hervorhebt, nicht einwandsfrei sind, so scheinen doch die anderen Impfversuche nicht zweifelhaft zu sein. Jedesmal wurde erst nach mehreren Monaten ein Resultat erzielt. Dass die vollständige Entwicklung der Knötchen so lange dauert, ist gewiss die Ursache, dass früher so viele misslungene Impfversuche beobachtet wurden. Auch bei Haab (mitgetheilt im Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte 1888), welcher auf seinen Vorderarm impfte, trat erst nach 6 Monaten ein typisches Knötchen auf.

Die von dem Vortragenden an 2 Hühnern und 2 Tauben vorgenommene Impfung hatte keinen Erfolg.[1])

[1]) Die Impfung wurde in der Weise vorgenommen, dass bei den genannten Thieren in der Umgebung der Kämme und Schnäbel die Federchen entfernt, die Haut hierauf durch Reiben mit Bimsstein oberflächlich lädirt wurde, worauf die aus einzelnen Molluscum-Knötchen ausgedrückte talgartige Masse in die Haut eingerieben wurde. Nach 3½ Monaten zeigte sich nur am Kamme eines Huhnes ein nekrotischer Process, doch konnten weder in Zupf- noch in Schnitt-Präparaten Molluscum-Kugeln nachgewiesen werden.

Absolut sichere Merkmale für die parasitäre Natur des M. c. konnten bis jetzt nicht erbracht werden. Der Zooparasit ist wahrscheinlich für Mensch und Thier identisch, wie aus den Abhandlungen Bollinger's hervorgeht; bei unserer Unkenntniss über die Lebensverhältnisse der Gregarinen darf es uns nicht Wunder nehmen, dass so viele Impfversuche negativ ausgefallen sind.

Was die mikroskopischen Beobachtungen anlangt, so finden sich bei Lukomsky und Neisser sehr gute Abbildungen. Haug hat in der Zeitschrift für wissenschaftliche Mikroskopie eine isolirte Färbung der Gregarinen angegeben, die keine Beeinträchtigung des Structurbildes verursache und dauerhaft sei. Ob aber das, was Haug für Gregarinen hält, wirklich solche sind, ob diese Gebilde nicht als Kernreste zu deuten sind, ist nach dem Dafürhalten des Vortragenden noch zu beweisen.

Böck empfiehlt schwache Karminfärbung, bei deren Anwendung sich die Molluscumkörperchen durch ihre glänzend weisse Farbe von den Epidermiszellen mit ihren rothen Kernen gut abheben sollen.

Vortragender hat sowohl in Sublimat fixirt und dann verschiedene Färbungen mit Eosin, Hämatoxylin, Methylenblau u. s. w. vorgenommen, als auch in Pikrinsäure fixirt und mit Karmin oder Hämatoxylin gefärbt oder endlich in Hermann'scher Flüssigkeit fixirt und dann mit Saffranin gefärbt.

Die von ihm gesehenen Bilder weichen nur wenig von der schönen Beschreibung Neisser's und Lukomski's ab.

Die Einzelheiten des Structurbildes werden hierauf an den aufgestellten Mikroskopen gezeigt.

Man findet in allen Präparaten ein mächtig entwickeltes Stratum Malpighii mit zahlreicher Läppchenbildung, dessen Zellen und Kerne vielfache Veränderungen (auch indirecte Kerntheilung) zeigen. Die Molluscumkörperchen finden sich in Haufen oder Nestern angeordnet resp. abgeschnürt, jedes Körperchen liegt in einer Hornschale. Man findet Molluscumkörperchen in allen Stadien ihrer Entwicklung aus Epithelzellen, von dem körnigen Zerfall des Protoplasma an bis zum vollständigen Kernschwund. Die zerstreut liegenden Eleidinkörnchen heben sich namentlich in Hämatoxylinpräparaten durch ihre schwarze Farbe schön und deutlich ab.

Was den Patienten selbst anlangt, an dem die geschilderte Krankheit zur Beobachtung kam, so ist derselbe ein 24jähriger Schriftsetzer. Seit mehreren Wochen besteht eine Erkrankung der behaarten Kopfhaut, welche derart aufgetreten sei, dass in der Medianlinie des Kopfes oberhalb der Stirne eine allmählich von Erben- bis Haselnussgrösse anwachsende Wucherung entstand. Erst nachdem diese Grösse erreicht war, habe sich diese Wucherung in die Umgebung verbreitet und zwar in der Weise, dass theils zerstreute, theils zu kleinen Gruppen vereinigte Wärzchen auftraten, deren Entstehung der Patient darauf zurückführt, dass er sich die Haare beim Friseur brennen liess. Die oben beschriebene grössere Geschwulst soll beim Kämmen arrodirt worden sein und seit dieser Zeit entzündet und schmerzhaft sein. In den letzten 3 Wochen will Patient nur ein langsames Fortschreiten der Wucherungen bemerkt haben, doch sollen dieselben (abgesehen von dem grossen Knoten) keine besonderen Beschwerden verursacht haben. In der Familie des Patienten, sowie unter seinen Collegen und Hausgenossen soll eine derartige Erkrankung bis jetzt nicht bemerkt worden sein.

Nach dem Abschneiden der Haare liessen sich die auf dem Kopfe zerstreuten Knötchen gut überschauen. Dieselben scheinen von einem in der Mittellinie befindlichen, noch innerhalb der behaarten Kopfhaut gelegenen, haselnussgrossen Tumor auszugehen. Dieser Tumor zeigt eine unregelmässig zerklüftete Oberfläche und ist mit einzelnen kleinen, etwa linsengrossen Knötchen bedeckt. Diese Knötchen sind von gelbröthlicher Farbe und mit einer weissgelben glänzenden Kuppe versehen, in deren Centrum eine deutliche Delle sich findet. Während sich aus diesen kleinen Knötchen, welche dem grossen aufsitzen, feine talgpfropfenähnliche Gebilde ausdrücken lassen, welche mikroskopisch fast nur aus Molluscumkörperchen bestehen, entleert sich auf Druck aus dem grossen fluctuirenden Mutterknoten mit solchen Molluscumkörperchen gemischter eitriger Inhalt. Die Haut ist über dieser Geschwulst nicht verschiebbar, die letztere ist mit der Unterhaut fest verwachsen und von ihrer Umgebung scharf abgegrenzt. In der Umgebung dieses Tumors, welcher auf Druck nicht empfindlich ist, finden sich massenhaft zerstreute kleine linsen- bis erbsengrosse Knötchen, welche besonders in dessen nächster Umgebung ziemlich dicht angeordnet sind und über die Haargrenze nur wenig hinausgehen.

Sie reichen nach hinten bis zum Occiput und haben sämmtlich eine charakteristische centrale weissliche Delle, so dass sie zweckmässig mit Variolapusteln verglichen werden können, während der median gelegene grössere Knoten einem Conglomerat von spitzen Kondylomen nicht ganz unähnlich ist.

Zwei Momente scheinen dem Vortragenden in dem demonstrirten Falle besondere Beachtung zu verdienen, nämlich

1) die von einem Punkte nach allen Seiten hin sich erstreckende Verbreitung der Krankheit, d. h. die Entstehung von Tochterknötchen in strahliger Ausbreitung um den Mutterknoten herum — ein schöner Beweis für die infectiös-parasitäre Natur der Krankheit;

2) die eigenthümliche Localisation auf der behaarten Kopfhaut, die sehr selten zu sein scheint, da Kaposi angiebt, dass das Molluscum contagiosum nur an unbehaarten Hautstellen zu finden sei.

Die Prognose anlangend so verdient die allgemeine Ansicht registrirt zu werden, dass das Leiden beim Menschen stets gutartig, örtlich, unschuldig verläuft, während bei Thieren, z. B. Hühnern, ein tödtlicher Ausgang die Regel ist (Bollinger). Wenn auch nach Kaposi die Knötchen meistens spontan verschwinden sollen, so ist doch wegen der mitunter weiten Verbreitung über die Körperoberfläche und aus Gründen der Reinlichkeit eine locale Behandlung indicirt. In dem obengenannten Falle kam 10proc. Resorcinsalbe zur Anwendung.[2])

Simon und Lewin empfehlen Ausdrücken der Knötchen und Auskratzen derselben mit dem scharfen Löffel, eventuell bei ängstlichen Individuen die Anwendung von Sapo Kalinus. Kaposi hat bei einem seiner Kinder, das an Molluscum contagiosum litt, alle Molluscumwarzen durch Ausquetschen beseitigen können.

Aus den Pariser medicinischen Gesellschaften.

Société de Thérapeutique.

Sitzung vom 28. December 1892.

Ueber den Missbrauch in der Anwendung der Darmantisepsis.

Henri Huchard ist der Ansicht, dass bei manchen Fällen die Darmantisepsis in ganz unnöthiger Weise, bei anderen wieder in zu geringem Maasse angewendet werde. Unnütz z. B. sei sie bei der Dyspepsie mit vermehrter Salzsäureausscheidung, bei welcher Bardet und Dujardin-Beaumetz als erste Regel Darmantisepsis empfehlen, deshalb unnütz, weil die Salzsäure selbst schon ein Antisepticum sei; wofür die Geruchlosigkeit der aus dem Magen kommenden Gase und und des Erbrochenen spreche, während bei der Hypacidität Fäulniss des Mageninhalts und der Fäcalmassen bestehe. Gährungsprocesse (Butter- und Milchsäureproduction), wie sie auch bei übermässiger Salzsäureabsonderung vorkommen, seien nicht Folge dieses pathologischen Zustandes, sondern des fälschlich vorgeschriebenen vegetarischen Regimes. Wo Antiseptica wirklich indicirt seien, würden sie oft nur in ungenügender Menge verordnet; H. giebt Benzonaphthol in Dosen von 5 g, 2mal täglich vor und nach der Mahlzeit, also täglich = 10 g. Er giebt diesem Medicamente den Vorrang vor Salol und Betol, ebenso wie vor salicylsaurem Bismuth, da es die beiden Vorzüge eines Darmantisepticums, Unlöslichkeit und fast völlige Unschädlichkeit vereinige. Ebenfalls gute Antiseptica für den Darmcanal sind Oxygen- und Chloroformwasser, aber weniger wirksam. Das Jodoform kann gastrische Beschwerden hervorrufen, aber es muss vor Allem bei gewissen Magengeschwüren infectiösen Ursprungs verordnet werden; sind die Magengeschwüre also dieser Art und nicht eine unmittelbare Folge der Hyperacidität, so muss die intensive Alkalientherapie der antiseptischen oder antibacillären Medication weichen.

Die Hyperacidität und ihre Behandlung.

Bovet ist zwar eifriger Anhänger der Behandlung mit Alkalien, wagt aber nicht, die Dosis von 8—10 g pro die zu überschreiten, aus Besorgniss, eine continuirliche Secretion von Salzsäure zu erzeugen, welche zu Atrophie der Drüsen führen kann, also einer viel schwereren Krankheit als die ursprüngliche Hyperacidität, welche man bekämpfen wollte. Was die Diät betrifft, so ward rohes Fleisch gut vertragen bei Patienten mit 0,1—0,15 Salzsäuregehalt, viel weniger gut die mehlhaltigen Nahrungsmittel; Brod, Wein und Fette sind jedenfalls zu verbieten; als Getränke diene am besten reines Brunnenwasser oder alkalinische Gewässer (Pougues, Vichy). Schliesslich dringt B. darauf, dass der Diagnose einer dyspeptischen Affection, Hyperacidität oder A. m. stets die chemische Untersuchung des Magensaftes vorausgehe, wie bei Diabetes, Albuminurie die Urinprüfung.

Dujardin-Beaumetz will ebenfalls jede Behandlungsart nur

---

[2]) Da der Erfolg dieser Behandlung ein höchst zweifelhafter war, wurden die einzelnen Knötchen durch locale Anwendung eines Aetzmittels beseitigt.

auf genaue chemische Untersuchung des Magensafts begründet wissen; das doppelkohlensaure Natron vermehre noch die Ausscheidung der Magensäure. Der Schmerz einige Stunden nach der Mahlzeit, welchen Huchard als pathognostisches Zeichen anführte, komme auch bei Dyspepsie in Folge Leberleidens, mit Anwesenheit von Gallensteinen verbunden, vor. Was die Darmantisepsis betrifft, so müsse zwischen beabsichtigter Einwirkung auf Dünn- und Dickdarm unterschieden werden, bei ersterem dürfe man die Dosen nicht zu hoch nehmen, um nicht die Verdauung zu hindern oder sogar die Darmfunction zu zerstören. Ein allmählich wirkendes Mittel sei also Allen vorzuziehen und das ist das Bismuth. salicylicum: es zersetzt sich nur langsam und gelangt noch wirksam in den Dickdarm. Das Salol, welches sich schneller im Dünndarm zersetzt, muss in geringerer Dosis gegeben werden wie die Bismuthpräparate. St.

Aus den englischen medicinischen Gesellschaften.

Hunterian Society London.

Sitzung vom 14. December 1892.

James Galloway: Ueber den Einfluss der Protozoen bei gewissen Krankheiten.

Ausgehend von der Psorospermienkrankheit der Kaninchen, beschreibt er den Entwickelungsgang des Coccidium oviforme Leuckart, mit besonderem Hinweis auf das ausserhalb des Körpers durchzumachende Stadium und kam dann auf die Frage der Protozoen als Krankheitserreger bei malignen Tumoren. Manche von den Epithelialzelleneinlagerungen, welche als Parasiten beschrieben wurden, lassen sich anderweitig erklären, als Invagination einer Zelle in die andere, als eingewanderte Leukocyten, als endogene Zellbildung, möglicherweise durch Kerntheilung ohne gleichzeitige Zelltheilung, oder wahrscheinlicher durch asymmetrische Karyomitose des Zellkerns, oder endlich als Degeneration des Zellkörpers oder -Kernes. Andere solche Einlagerungen aber müssen wirklich als Parasiten angesehen werden. Als Beweise hiefür führt er an das Vorkommen derselben innerhalb der Zellkörper, manchmal sogar im Kerne selbst, die Structur der Einlagerungen, insoferne als eine deutliche Kapsel einen oder mehrere hellgefärbte Körper einschliesst, die radiäre Streifung von der Peripherie nach dem Centrum, die Veränderungen in der Grösse, welche verschiedene Wachsthumsstadien repräsentiren und das verschiedene Färbungsvermögen derselben.

Galloway nimmt an, dass diese Protozoen entschieden das Wachsthum der Epithelialzellen beeinflussen und möglicherweise die Entstehungsursache der malignen Tumoren sind, bei denen sie gefunden werden.

Ruffer schloss sich den Sätzen G.'s an und erklärte, dass sich entgegen seinen früheren Anschauungen, jetzt mit besseren Methoden die intranucleäre Form der Parasiten in jedem Krebsfalle nachweisen lasse. Derselbe erscheine zunächst als ein kleiner runder, durch Hämatoxylin färbbarer Körper, welcher sich der Peripherie des Kerns allmählich nähert, dann austritt und frei im Protoplasma der Zelle liegt. Es sei ihm geglückt, den lebenden Parasiten in frischem Krebssaft, welcher einem rapid wachsenden Carcinoma mammae entnommen wurde, zu sehen. Derselbe sah aus wie eine Amoebe, die, in eine Kapsel eingeschlossen, Pseudopodien zur Peripherie ausstreckt und wieder einzieht. Unter Hinweis auf die Thatsache, dass fast nie Kerntheilung beobachtet wurde bei einem den Parasiten beherbergenden Kerne, und dass andererseits da, wo Zelltheilung stattfindet, der Parasit stets in der Nähe ist, glaubt er eine active Betheiligung derselben bei der Entstehung maligner Tumoren annehmen zu dürfen, indem durch sie Karyokinese erzeugt wird.

Pathological Society London.

Sitzung vom 20. December 1892.

Jackson Clarke demonstrirt an einem Falle von Epitheliom des Nasenseptums die Anwesenheit von Psorospermien; er hält sie für die Ursache des Carcinoms. Es gelang ihm alle die Entwickelungsstadien des Parasiten zu verfolgen mit Ausnahme der in der Kaninchenleber so häufig gefundenen encystirten Form.

Die Befunde seien dieselben wie er sie bei seinen Untersuchungen über psorospermiale Cysten des Ureters (Transactions der Pathol. Soc., letzter Band) erhalten hatte. Die bisher beim Epitheliom als degenerirte Zellen aufgefassten Gebilde seien seiner Ansicht nach Psorospermien. Beweis hiefür die schöne Kernzeichnung in Form eines mehr oder minder feinen Netzwerkes und die biologischen Processe, welche sich bei ihnen verfolgen lassen. Er hatte in den Zellnestern des obenerwähnten und in 3 weiteren Fällen squamösen Epithelioms deutlich folgende Stadien verfolgen können: 1) Das Protoplasma einer Psorospermie wird sehr stark strahlenbrechend und ist durchzogen von einem deutlichen meist sehr feinen Netzwerk, welches vom Nucleus nach der Peripherie sich ausbreitet. 2) Dieses Reticulum, welches gewöhnlich von der verdünnten Kapsel der todten, erweiterten Wirthszelle umschlossen wird, löst sich in einzelne rundliche Segmente auf, welche die feine netzförmige Structur beibehalten, und sich mit Haematoxylin röthlich färben. 3) Innerhalb einiger dieser Tochterpsorospermien erscheinen feine Chromatinfäden und verdichten sich zu einem neuen Nucleus, während das reticuläre Gewebe aus dem Rest der Zelle verschwindet. Diese amoeboiden Zellen nun werden durch Ruptur der sie umschliessenden Reste der Wirthszelle frei gesetzt. 4) Die amoeboiden Parasiten bahnen sich einen Weg zwischen den Epithelialzellen und dringen in grosser Anzahl in die Bindegewebsspalten ausserhalb des epithelialen Theiles der Geschwulst. Auf ihrem Wege verursachen sie eine Verlagerung der epithelialen Zellelemente und vermehren so die epithelialen Herde, ebenso wird ein gewisser Grad von Entzündung durch diese Invasion gesetzt, welche zur Bildung von neuen Gefässen und Ausbreitung der Geschwulst führt. Die meisten der amoeboiden Psorospermien gehen dabei zu Grunde und die Entzündung scheint zu sistiren, ein kleiner Theil derselben aber tritt in Epithelialzellen ein als intracellulare Psorospermien. Damit ist der Cyclus beendet.

Shattock erklärte in der Discussion, dass der vollständige Beweis, dass diese Psorospermien wirklich die Krebserreger seien, erst mit der Erfüllung der Koch'schen Forderungen, der Züchtung derselben ausserhalb des Körpers und der Erzeugung von Krebs von diesen Culturen aus, geliefert sei. Er wies auf seine eigenen negativen Resultate und die Versuche anderer bezgl. Ueberimpfung von Krebs hin und betonte, dass eine wirkliche eingekapselte Form bisher noch nicht gefunden wurde und dass bei den Scirrhusformen des Krebses diese Protozoen nur sehr selten sich nachweisen lassen. F. L.

Verschiedenes.

(Der Befund von Eitercoccen im serösen pleuritischen Exsudat) ist gewiss eine sehr bemerkenswerthe Thatsache. Goldscheider hat denselben bei 4 Fällen der I. medicinischen Klinik in Berlin erhoben (Z. f. kl. Medicin XXI, H. 3/4) und zwar hat er dreimal den Streptococcus und einmal den Staphylococcus pyogenes aureus gefunden. Alle 4 Fälle wurden im Verlaufe der weiteren Beobachtung vollkommen geheilt. Die Pleuritis, bei welcher Staphylococcen gefunden wurden, war im Verlauf eines acuten Gelenkrheumatismus aufgetreten, in den drei anderen Fällen handelte es sich einmal um eine Secundärinfection bei Influenza, im zweiten Falle vielleicht um eine primäre Pleuritis und im dritten Falle um ein Exsudat, das sich im Anschluss an eine Perimetritis entwickelt hatte.

Die praktisch wichtige Folgerung, die man aus diesen Befunden jedenfalls ziehen kann, ist die, dass ein seröses Pleuraexsudat, in dem sich Streptococcen oder Staphylococcen finden, nicht nothwendig eitrig werden muss. Kr.

Therapeutische Notizen.

(Eine neue Methode der Myxödembehandlung, nach englischen Autoren.) V. Horsley hatte nachgewiesen, dass das Myxödem die Folge des Verlustes der Function der Glandula thyreoidea sei. Er schlug vor, die Thyreoidea eines Schafes zu transplantiren, welches Experiment mit Erfolg ausgeführt wurde.

Der nächste Schritt auf diesem Wege war die hypodermatische Injection von Thyreoidealsaft, wie sie Mr. G. Murray von der Universität Durham auf dem Bournemouth Meeting der British med. Association 1891 angegeben hatte. Auf der diesjährigen Versammlung zu Nottingham berichtete Murray über 4 Fälle von Myxödem, die er durch wöchentliche Einspritzungen von Thyreoidealsaft (vom Schafe) geheilt oder wenigstens bedeutend gebessert hatte. Desgleichen über einen weiteren Fall Claye Shaw.

Ebenso wurden in der pathologischen Gesellschaft von London von Hurry Fenwick 2 mit Myxödem behaftete Patientinnen vorgestellt und über einen dritten Fall referirt, die durch diese Behandlungsmethode erheblich gebessert waren.

Ueber weitere 4 Fälle berichtet G. E. Hale-St. George's Hospital L.: 2 Fälle von 15 bezw. 7jähriger Dauer, nach 2½monatlicher Behandlung mit Anfangs wöchentlich, später in grösseren Intervallen gemachten Einspritzungen von je 25 Tropfen Thyreoidealextract (s. u.) entschiedene Besserung; und 2 weitere Fälle in früherem Stadium (1 und 1½ Jahre), deren einer beinahe geheilt (5monatliche Beobachtung), der andere aber trotz 2mal je 3 Monate lang fortgesetzter Injectionen nur geringe Besserung aufweisend. — Ein Fall von Myxödem mit Psychose, nach 5monatlicher Behandlung durch Injectionen ebenfalls geheilt, wird von C. F. Beadles mitgetheilt.

Ein letzter Fall endlich wird von J. G. Corkhill-Birkdale erwähnt: 32jährige Frau mit grossem Struma. 3mal wöchentlich Injection von je 15 Tropfen in die Intrascapulargegend. Nach 2monatlicher Behandlung vollständige Heilung.

Als eine der nächsten Folgen der Injectionen gab H. Fenwick eine Steigerung der Urinsecretion an. Diese diuretische Wirkung des Thyreoidealsaftes wird jedoch von anderen Beobachtern wie Hadden und Ruffer sehr bestritten. Ueber die anderen Symptome und die bei den Injectionen beobachteten Zufälle: Nausea, Bewusstlosigkeit, tonische Krämpfe, vorübergehende theilweise Lähmung der Oberextremitäten, siehe die Verhandlungen der Brit. med. Association, Nottingham Meeting 1892, Section für Pathologie, d. W. 1892, No. 43, S. 772.

Diese mit mehr oder weniger Erfolg angestellten Versuche nun veranlassten 2 weitere Beobachter: Hector W. G. Mackenzie-London und E. L. Fox-Plymouth, das Experiment einer internen Verabreichung des Thyreoidealsaftes per os zu machen. Diesen schloss sich neuerdings E. Cresswell Baber-Brighton mit einem weiteren Versuche an. Auch in der Medico-chirurgical Society Nottingham (Sitzung vom 14. Dec. 92) wurde, nachdem Hunter über verschiedene Fälle von Myxödem, die

erfolgreich mit Injectionen behandelt worden waren, berichtet hatte, von W. Ransom und Handford die Verabreichung des Thyreoidealsaftes per os empfohlen und die Erfolge dieser Methode an 2 Fällen demonstrirt.

Sie gaben die Thyreoidea eines Schafes, d. h. einen der beiden getrennten Lappen, welche die Schilddrüse des Schafes bilden, entweder frisch, fein zerhackt und gaumengerecht zubereitet oder ein Glycerinextract desselben; die Dosis war anfangs 1/2—2 Drüsen täglich; sobald sichtliche Besserung eingetreten ist, dieselbe Quantität nur mehr einmal alle 1—2 Wochen. Ein Kochen der Drüse ist wegen der Gerinnung der wirksamen Stoffe zu vermeiden.

Der von Mackenzie berichtete Fall, eine 37jährige Frau, steht nun 2 1/2 Jahre unter Beobachtung und wurde erst mit Jaborandi, dann mit Eisensesquichlorid und Massage behandelt. Die specifische Behandlung dauert ca. 1 Monat. Die nicht regelmässig verordneten Gaben von Thyreoidealdrüsen waren stets von einer 1—2 Tage dauernden Temperatursteigerung, Hebung der Pulsfrequenz und profusem Schweisse gefolgt, daneben ging allmählich eine merkwürdige Veränderung im ganzen Aussehen und Befinden der Patientin, eine Rückkehr bis fast zur Norm vor sich. Eine diuretische Wirkung wurde nicht beobachtet.

Der zweite Fall von Fox, der gleichzeitig und unabhängig von Mackenzie auf diese Methode gekommen war, eine 49jährige Frau betreffend, zeigt ähnliche Erfolge. Sie nahm eine Drüse und den Extract einmal wöchentlich. Dabei wurde sehr starke Transpiration und Entkräftung beobachtet, die aber mit dem Aussetzen der Therapie sofort schwanden.

Der letzte so behandelte Fall von Cresswell Baber betraf einen 53jährigen Mann. Myxödem seit 6 Jahren, in specieller Behandlung seit November 1892. Die in 14tägigen Pausen erfolgten Gaben von Thyreoidea waren jedesmal von heftigen Kopfschmerzen, die jedoch erst nach Verlauf von 36 Stunden einsetzten, gefolgt. Steigerung der Diurese wurde dabei nicht beobachtet, dagegen grosse Schwäche. Eine entschiedene Besserung und theilweise völliges Schwinden der Symptome trat bereits nach einmonatlicher Behandlung ein.

Der Vortheil dieser Art der Darreichung gegenüber den Injectionen liegt auf der Hand und es ist vielleicht nur die zu grosse Einfachheit der Methode, die etwas stutzig macht. Jedenfalls spricht der Umstand, dass in den einzelnen Fällen ziemlich starke Reactionserscheinungen auftraten, dafür, dass mit der Thyreoidealdrüse ein kräftiges Agens in den Magen und von da in den Organismus aufgenommen wurde; dessen Wirkungen zu studiren und abzugrenzen wird die Aufgabe der nächsten Versuche sein.

Für die Zubereitung des sowohl zu den Injectionen wie innerlich angewandten Glycerinextractes giebt Mr. White, Pharmaceut am St. Thomas Hospital-London, folgende Vorschrift: Die Drüse wird mit einem Scherben aufgerieben und eine Mischung von Glycerin und Aq. dest. āā zugesetzt, durch 24 Stunden in einem verschlossenen Gefäss macerirt, mit einem geringen Thymolzusatz, um Zersetzung zu verhindern, dann wird das Ganze durch Mouslin gepresst und durch ein Druckfilter filtrirt. Die Lösung hält sich ca. 7 Tage.[1])

F. L.

(Die Verkleinerung eines dilatirten Magens) wurde auf operativem Wege von Weis herbeigeführt (N.-York. Med. Journ. LVI, 2). Es handelte sich um einen Kranken, bei dem W. ein Jahr vorher wegen Pylorusstenose die Gastroenterostomie gemacht hatte und bei dem sich wiederum Erbrechen und Magenbeschwerden eingestellt hatten. Eine Verengerung der Gastroenterostomieöffnung konnte ausgeschlossen werden. W. machte die Laparotomie, stülpte die Magenwand etwa zolltief ein und legte eine Reihe Knopfnähte an. Parallel dieser ersten Nahtreihe machte er noch drei andere. Der Kranke wurde vollständig geheilt und war 4 Monate nach der Operation von allen Beschwerden frei.

Bircher hat die gleiche Operation schon vor Weis in drei Fällen ausgeführt. Kr.

(Behandlung der Bauchfell-Tuberculose mit Laparotomie.) Poncet berichtete in der Société de Médecine von Lyon einen Fall von Miliartuberculose des Bauchfelles, verbunden mit Ascites, welcher durch Laparotomie geheilt ist. Patientin, ein neunjähriges Mädchen, kam in denkbar schlechtestem Zustande — sie konnte sich nicht auf den Beinen halten, der Leib war sehr schmerzhaft auf Druck, gespannt, sie war schwerathmig, antwortete nur schlecht auf Fragen, kurz, war dem Tode nahe — am 19. Juli 1892 zur Operation, welche 3/4 Liter Flüssigkeit aus dem Leibe entleerte. Parietales Blatt des Peritoneums, Gedärme und Mesenterium waren mit zahllosen Knötchen von Linsen- bis Stecknadelkopfgrösse übersät; die Flüssigkeit enthielt Tuberkelbacillen. Die Gedärme wurden nun mit 3—4 g Jodoform bestreut, dann der Leib wieder geschlossen; nach 4 Wochen stand das Kind zum erstenmale auf, und im September konnte es auf das Land zum Thierhüten gehen. Jetzt, 5 Monate nach der Operation, sieht es kaum mehr zu erkennen, wohlgenährt aus, klagt über keine Beschwerden, Appetit vortrefflich, ebenso der Schlaf. Der Leib ist noch ein wenig gross, aber schmerzlos, ohne Spur von Ascites, überall sonorer Schall der Gedärme.

(Bullet. Médic. No. 2, 1893.)

(Naphthol als Anthelminticum.) Dubois versuchte bei einem 16jährigen Mädchen, das ständig erbrach, was ihn Mangels anderer Erklärung an Eingeweidewürmer denken liess, sämmtliche wurmtreibenden Mittel ohne Erfolg. Die Kranke erbrach weiter, nahm keine Nahrung mehr und magerte, jetzt von Fieber ergriffen, ab. Dubois gab ihr nun 0,45 g Naphthol in 3 Dosen. In einigen Tagen liess die Kranke 34 Stück Würmer (Ascaris lumbricoides) von sich; nach der Einnahme von Naphthol erbrach sie noch ein wenig, aber sie erholte sich bald, um rasch völlig zu genesen.

(Bullet. Médic. No. 2, 1893.)

[1]) Bekanntlich wurde die Methode auch in Deutschland bereits von Mendel (cf. d. W. 1892, No. 48 u. 1893, No. 2) mit Erfolg angewandt. Ein weiterer, durch die Behandlung erheblich gebesserter Fall wird neuerdings von Wichmann (D. med. W. No. 2) mitgetheilt.

Tagesgeschichtliche Notizen.

München, 17. Januar. In Bayern wurde eine neue Verordnung über die Organisation des Sanitätscorps eingeführt, der wir Folgendes entnehmen: Die Militärärzte des Friedensstandes und des Beurlaubtenstandes der Armee bilden mit den Lazarethgehilfen und den Krankenwärtern das Sanitätscorps; dieses steht in Betracht seiner Rechte und Pflichten neben dem Offizierscorps der Armee. Ueber die Rangverhältnisse ist verordnet: Die Sanitätsoffiziere sind Personen des Soldatenstandes. Der einjährig-freiwillige Arzt und der Unterarzt stehen im Range des Portepee-Fähnrichs, die Assistenzärzte II. und I. Cl. im Range des Second- bezw. Premierlieutenants, die Stabsärzte und Oberstabsärzte II. Cl. im Range des Hauptmanns, der Oberstabsarzt I. Cl. im Range des Majors, der Generalarzt II. und I. Cl. im Range eines Oberstlieutenants bezw. Obersten, der Generalstabsarzt der Armee im Range des Generalmajors. Die Sanitätsoffiziere erhalten „Patente". Vorschläge zur Beförderung ausser der Tour sind zulässig, wenn der Qualification eine ganz besonders hervorragende Leistung zu Grunde liegt. Zur Belohnung ausgezeichneter Verdienste in Feldlazarethen oder auf dem Schlachtfelde und zwar in der mit Lebensgefahr verbundenen Besorgung von verwundeten oder kranken Offizieren und Mannschaften ist für Militärärzte das silberne und goldene Militär-Sanitäts-Ehrenzeichen gestiftet.

— Wie verlautet, wird sich das geplante Reichsseuchengesetz auf alle gefährlichen ansteckenden Krankheiten beziehen und die zu ihrer Abwehr und Bekämpfung erforderlichen Vorschriften enthalten. Dahin gehören: 1) die Regelung der Anzeigepflicht; 2) Abwehrmaassregeln gegen das Ausland, als Grenzsperren, Beschränkung des Grenzverkehrs durch Einfuhrverbote, Quarantainevorschriften; 3) Schutzmaassregeln im Inlande, als Bekanntmachung der Krankheit, Isolirung der Kranken und Desinfection, Ausfuhrbeschränkung, Verbot von Märkten, Versammlungen, Schulbesuch etc., Beschränkung einzelner Gewerbebetriebe, sowie des Verkehrs mit gewissen Nahrungs- und Genussmitteln, Vorschriften über Beerdigung und Leichenbeförderung, 4) Regelung der Entschädigungspflicht für das aus Anlass der Seuchengefahr vernichtete oder beschädigte Privateigenthum; 5) Strafbestimmungen.

— Geheimrath Prof. v. Esmarch empfing an seinem 70. Geburtstage zahlreiche Beweise der Theilnahme und Anerkennung. Unter den Glückwünschenden befanden sich der Prinz und die Princessin Heinrich von Preussen und alle bekannteren Persönlichkeiten der Kieler Gesellschaft. Prof. Petersen überreichte Namens der Schüler und Verehrer eine Festschrift. Die Stadt Kiel entsandte eine Deputation mit Oberbürgermeister Fuss an der Spitze, die Glückwünsche der Universität brachte Prof. Haenel. Die studentischen Verbindungen waren durch Abordnungen vertreten. Zahlreiche Telegramme und Beweise der Sympathie liefen von auswärts, besonders von Amerika ein.

— Dem Geh. Sanitätsrath Dr. Graf-Elberfeld wurde die Schleife zum rothen Adlerorden 3. Classe verliehen.

— Cholera-Nachrichten. Nach dem Bericht der Hamburger Morbiditätsstatistik für acute Infectionskrankheiten sind in der Woche vom 1. bis 7. Januar erkrankt an Cholerine 14 Kinder (Zunahme gegen die Vorwoche 1) und 48 Erwachsene (Abnahme 4), an Cholera 7 (Abnahme 10), an Typhus 22 (Zunahme 2).

In Altona sind in der gleichen Zeit 2 Neuerkrankungen an Cholera, 1 mit tödtlichem Ausgang, gemeldet worden; ferner kamen in der Zeit vom 4.—7. Januar in Elmstorn (Kreis Pinneberg) 2, und in Neuhof (Kreis Harburg) 1 Erkr., diese mit tödtlichem Ausgang, vor. Diese Fälle, ebenso wie ein Erkrankungsfall in Schwerin am 10. Jan. werden auf Verschleppung aus Hamburg zurückgeführt.

In Hamburg selbst sind seit 7. Januar wiederum einige Neuerkrankungen constatirt worden: 9. Januar 1 Erkrankung (bei einem Arbeiter aus der Steinstrasse), 10. Januar 3 Erkr. (2 Matrosen des spanischen Dampfers „Murciano" [1 gestorben] und 1 Untersuchungsgefangener, welcher am 2. Januar einige Stunden in Freiheit war), 11. Januar 5 Erkr. (3 weitere Matrosen des Dampfers „Murciano", ein aus Bargteheide zugereister in einer Herberge der Thalstrasse wohnhaft gewesener Mann und 1 Schiffsarbeiter aus der Davidstr.),

12. Januar 1 Erkr. (1 arbeitsloser Tischler, der bis 7. Januar in einer Herberge beim Grünensood gewohnt hatte und dann in Haft war.

Der erwähnte Dampfer Murciano war Anfang Januar von New-Orleans angekommen, bei St. Pauli auf Grund gerathen, dann aber, wieder flott, an den Quai gebracht worden. Das Schiff war sehr schmutzig und musste gereinigt und desinficirt werden. Die 2 erst erkrankten Matrosen waren bereits längere Zeit krank gewesen und deshalb in's Krankenhaus verbracht worden.

Ueber die Cholera ausserhalb Deutschlands bringen die Veröffentlichungen des Gesundheitsamtes folgende Berichte. In Dünkirchen und Umgegend sind vom 10.—30. Dec. 19 Choleraerkrankungen (9 Todesfälle) vorgekommen, in Grand Fort Philippe, 34 km von Dünkirchen entfernt, von 3000 Einwohnern vom 18.—28. Dec. 23 an Cholera gestorben. In den Niederlanden ereigneten sich vom 13.—19. Nov. 15, vom 25.—31. Dec. 1 Choleratodesfall. In Russland erkrankten bezw. starben an Cholera

in Moskau vom 18.—25. Dec. 8 (5),
„ Warschau „ 24.—31. Dec. 4 (2),

in den Gouvernements

Warschau	v. 22.—29. Dec.	3 (3)	Plock	v. 22.—30. Dec.	10 (7)
Radom	„ 20.—28. „	27 (18)	Lomza	„ 18.—25. „	2 (1)
Lublin	„ 22.—30. „	17 (10)			

Von den türkischen Provinzen in Asien werden gemeldet: für Trapezunt vom 19. bis 26. Dec. 69 Erkr. (36 Todesf.), für Platana vom 21.—26. Dec. 10 (8). In Persien herrschen in einzelnen Bezirken noch ziemlich heftige Epidemien. P.

— Von deutschen Städten über 40,000 Einwohner hatten in der 52. Jahreswoche, vom 25.—31. December 1892, die grösste Sterblichkeit Elbing mit 40,3, die geringste Sterblichkeit Charlottenburg mit 13,0 Todesfällen pro Jahr und 1000 Einwohner. Mehr als ein Zehntel aller Gestorbenen verstarb an Scharlach in Strassburg und Zwickau; an Diphtherie und Croup in Augsburg, Bielefeld, Bochum, Braunschweig, Breslau, Bromberg, Chemnitz, Dresden, Duisburg, Erfurt, Essen, Frankfurt a. M., Görlitz, Kassel, Leipzig, Mainz, Osnabrück, Remscheid, Stuttgart.

— Der soeben ausgegebene Etat des preuss. Ministeriums der geistlichen, Unterrichts- und Medicinalangelegenheiten enthält unter den Neuforderungen auf medicinischem Gebiet zunächst einen Mehrbetrag von 10,000 Mk. (55,000 gegen bisher 45,000 zu Unterstützungen für active und ausgeschiedene Medicinalbeamten und für Wittwen- und Waisen von Medicinalbeamten, sowie eine weitere Rate von 20,000 Mk. für die Fortbildungscurse in der öffentlichen Gesundheitspflege für Kreisphysiker und Regierungsmedicinalräthe. Im Etat der Universitäten figuriren unter den dauernden Ausgaben: Königsberg, Errichtung einer ausserordentlichen Professur für Psychiatrie 3210 Mk.; Greifswald, Umwandlung eines Extraordinariats (Hygiene) in ein Ordinariat 2400 Mk.; Halle, ordentliche Ersatzprofessur (künftig wegfallend) 4860 Mk. Einmalige Ausgaben werden gefordert für: Königsberg, bauliche Ausführungen am anatomischen Institut 15,000 Mk., zweiter Operationssaal für die chirurgische Klinik, speciell für Zwecke der Antisepsis 31,900 Mk.; Berlin letzte Rate für den Um- und Erweiterungsbau der chirurgischen Klinik 48,000 Mk.; Greifswald, Ausstattung des hygienischen Instituts 8000 Mk.; Ausrüstung des pathologischen Instituts mit Instrumenten und Apparaten 6000 Mk.; Kiel, Neubau eines Operationssaales für die chirurgische Klinik 96,270 Mk.; Marburg, Neubau der chirurgischen Klinik, II. Rate, 150,000 Mk.; (die Gesammtkosten betragen 621,000 Mk.) und Erweiterungsbau der Frauenklinik (speciell Errichtung eines Laparotomiesaales und eines zweiten Entbindungssaales) 90,000 Mk. An den klinischen Instituten zu Halle und Marburg sind ausserdem Fehlbeträge von je 40,000 Mk. zu decken.

— Die Charité in Berlin erreichte am 14. ds. mit 1940 Kranken den höchsten Krankenstand, den sie seit ihrem Bestehen aufzuweisen hat. Einschliesslich der Beamten beherbergt die Charité zur Zeit 2484 Bewohner. Täglich müssen 30—40 Personen wegen Platzmangels zurückgewiesen werden.

— Der Vorstand des XI. internationalen medicinischen Congresses macht bekannt, dass der Congress im Beisein Sr. Maj. des Königs von Italien am 24. September 1893 in Rom feierlich eröffnet werden wird. Am 25. September werden die Arbeiten sowohl in den allgemeinen Sitzungen als in denen der Sectionen beginnen. Gleichzeitig mit dem Congress wird in Rom eine internationale medicinische und hygienische Ausstellung stattfinden. In Folge vom Centralcomité eingeleiteter Verhandlungen mit den europäischen Eisenbahnen und den Schifffahrtsgesellschaften ist den Congressbesuchern bereits eine Anzahl von Begünstigungen gesichert; in Italien speciell werden die Congressbesucher auf Eisenbahnen und Dampfschiffen besondere Begünstigungen geniessen und werden für sie specielle Rundreisen combinirt, die sie zum Besuche der wissenschaftlichen Centren und der bedeutenderen Städte des Reiches benützen können.

(Universitäts-Nachrichten.) **Berlin.** Dr. med. Felix Hirschfeld, Assistent an der inneren Abtheilung des städtischen Krankenhauses Moabit, ist zur Habilitation als Privatdocent für innere Medicin bei der hiesigen Universität zugelassen worden. Sein Forschungsgebiet ist vornehmlich die Lehre vom Stoffwechsel und der Ernährung. — **Würzburg.** Prof. v. Lenhossek in Basel ist hierher berufen worden, um an Stelle des nach Leipzig übersiedelnden Dr. A. Fick die Prosectur zu übernehmen. — Da der Wortlaut der Preisaufgabe der medicinischen Facultät in unserer vorigen Nummer nicht ganz correct mitgetheilt war, so lassen wir hier denselben nochmals folgen: „Es soll die Art und Weise der Heilung nach Abtrennung der Sehne eines Augenmuskels oder nach Durchtrennung eines solchen experimentell festgestellt werden und zwar unter Berücksichtigung des Verhaltens des Muskels und womöglich seiner Nerven".

Budapest. Dr. A. Czatary habilitirte sich als Privatdocent. — **Charkow.** Der ausserordentliche Professor der Diagnostik Dr. Lomikowski wurde zum ordentlichen Professor ernannt. — **Florenz.** Prof. Dr. Celso Pellizari-Pisa wurde zum ordentlichen Professor der Dermatologie ernannt. — **Genf.** Am 28. ds. begeht der Physiologe Prof. Dr. Schiff seinen 70. Geburtstag. — **Petersburg.** Der ausserordentliche Professor der Hygiene an der militär-medicinischen Academie Dr. Schidlowski wurde zum ordentlichen Professor ernannt. — **Prag.** Privatdocent Dr. C. Bayer, Primarius am Kaiser Franz Josef-Spital wurde zum ausserordentlichen Professor ernannt. — **Siena.** Dr. A. Rovighi wurde zum ausserordentlichen Professor ernannt.

(Todesfall.) In Kopenhagen starb Dr. Wilhelm Budde, Redacteur der „Ugeskrift for läger" (Wochenschrift für Aerzte) und angesehener Arzt, im 53. Lebensjahr.

Amtlicher Erlass.

An sämmtliche k. Regierungen, Kammern des Innern.

(Die Verhandlungen der Aerztekammern im Jahre 1892 betr.)

Kgl. b. Staats-Ministerium des Innern.

In der Sitzung der Aerztekammer von Oberbayern am 31. October 1892 haben die Delegirten Bericht erstattet über sanitäre Einrichtungen und Verbesserungen, welche aus Anlass der drohenden Gefahr einer Cholera-Epidemie in den einzelnen Bezirken geschaffen beziehungsweise beantragt wurden. Das Ergebniss dieser persönlichen Berichterstattung war ein sehr befriedigende, indem sich daraus entnehmen liess, dass die Choleragefahr zahlreiche, darunter wichtige hygienische Einrichtungen und Verbesserungen veranlasst habe.

Da es von Bedeutung ist, in Erfahrung zu bringen, wie sich im ganzen Königreiche die Gesundheitseinrichtungen aus Anlass und während der Choleragefahr verbessert haben, so wird die k. Regierung, Kammer des Innern, beauftragt, durch die Districtsverwaltungsbehörden unter Mitwirkung der Bezirksärzte erheben zu lassen, welche Einrichtungen in Bezug auf Krankenanstalten, Krankenpflege, Krankentransportwesen, Baracken, auf Pflege der öffentlichen Reinlichkeit, auf Canalisation, Abortwesen, Schlachthäuser, öffentliche Brunnen, Desinfectionsanstalten und Aehnlichem entstanden sind, welche von denselben einen bleibenden Bestand haben und welche von nur vor übergehender Bedeutung waren.

Insbesondere ist darauf Bedacht zu nehmen, dass die Gesundheitscommissionen, welche sich zur Abwehr der Cholera-Invasion an manchen Orten gebildet haben, in Thätigkeit verbleiben, damit in ruhigen Zeiten die grösseren und wichtigen Sanitätswerke — wie Canalisation, Erbauung von Krankenhäusern, Wasserleitungen u. s. w. — fertiggestellt werden können.

Die einlangenden Berichte sind dem k. Kreismedicinalausschusse zur gutachtlichen Aeusserung mitzutheilen und diese berichtlich innerhalb drei Monaten anher vorzulegen.

München, den 19. December 1892.

gez. Frhr. v. Feilitzsch.

Der General-Secretär:
v. Nies, Ministerialrath.

Personalnachrichten.

Bayern.

Niederlassung. Dr. Adolf Brunner, appr. 1891, in Steingaden; Dr. Leonhard Bayerl, appr. 1884, in Cham.

Verzogen. Dr. Graf von Bodenwöhr nach Cham.

Morbiditätsstatistik d. Infectionskrankheiten für München

in der 1. Jahreswoche vom 1. bis 7. Januar 1892.

Betheil. Aerzte 345. — Brechdurchfall 14 (8*), Diphtherie, Croup 49 (51), Erysipelas 8 (16), Intermittens, Neuralgia interm. 1 (—), Kindbettfieber — (1), Meningitis cerebrospin. — (1), Morbilli 23 (34), Ophthalmo-Blennorrhoea neonatorum 3 (6), Parotitis epidemica 10 (6), Pneumonia crouposa 26 (21), Pyaemie, Septicaemie — (—), Rheumatismus art. ac. 36 (23), Ruhr (dysenteria) — (—), Scarlatina 11 (12), Tussis convulsiva 16 (14), Typhus abdominalis 2 (1), Varicellen 40 (22), Variola — (—). Summa 239 (222). Medicinalrath Dr. Aub.

*) Die eingeklammerten Zahlen bedeuten die Fälle der Vorwoche.

Verlag von J. F. Lehmann in München. — Druck der Akademischen Buchdruckerei von F. Straub in München.